

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

279

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mai 1896, à 1 heure

PAR

ÉMILE PIARD

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

Né à Paris, le 3 mai 1870.

—ii—

DES SUPPURATIONS A DISTANCE DANS L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
DEL BET, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

19 Rue des Boulangers, 29

1896

279

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mai 1896, à 1 heure

PAR

ÉMILE PIARD

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Né à Paris, le 3^e mai 1870.

— tt —

DES SUPPURATIONS A DISTANCE
DANS L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
DEL BET, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

19 Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
	DIEULAFOY.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES EXCELLENTS MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

Médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'Honneur.
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,



AVANT-PROPOS

Nous ne saurions aborder l'exposition des faits dont nous nous sommes ici proposé l'étude, sans témoigner de notre vive reconnaissance pour tous ceux auxquels nous sommes redevables d'avoir pu entreprendre le présent travail.

Nous voulons parler d'abord de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont l'excellent enseignement nous a permis d'acquérir les quelques connaissances médicales que nous possédons. — Parmi ces Maîtres, nous serions ingrats de ne pas remercier tout particulièrement MM. Peyrot, Reclus, Polaillon, chez qui tout au début de nos études, nous avons acquis les premières notions d'antisepsie chirurgicale. — D'autre part, pendant notre première année d'externat à Laënnec (1893) nous avons bénéficié des pratiques leçons

médicales de MM. Petit et Gilbert et à la fin de la même année au bastion 36, nous avons eu l'heureuse occasion d'étudier la variole et les fièvres éruptives, sous la bienveillante direction de M. Cettinger.

Notre année suivante d'externat à la Maison de Santé (1894), nous fait garder un souvenir profondément respectueux de M. Prengrueber, enlevé prématurément à l'affection des siens et à l'estime de tous ; qu'il nous soit permis d'honorer ici sa mémoire.

Au cours de l'année 1895, notre stage obstétrical nous ayant laissé le précieux souvenir du magistral enseignement de M. le Professeur Pignard, nous tenons à lui en exprimer ici notre vive reconnaissance.

D'autre part, pendant notre externat à Tenon, 1895) nos connaissances médicales se sont considérablement accrues, grâce aux bien intéressantes cliniques, que chaque jour, M. Talamon nous a prodigué au chevet des malades. — Là, nous avons observé un assez grand nombre de cas d'appendicite, à propos desquels, nous avons puisé dans le complet enseignement de notre Maître, les notions qui nous ont été de la plus grande utilité pour la conception et la rédaction du présent travail.

Que notre Maître veuille bien nous pardonner d'exprimer ici combien, au cours de nos recherches sur l'appendicite, nous avons été frappés d'admiration, pour l'étonnante ingéniosité avec laquelle, il a tout à la fois, en 1882, révélé l'importance méconnue jusqu'alors en France, des accidents d'origine appendiculaire, et d'autre part indiqué d'une façon si exacte et si précise la pathogénie de ces accidents : l'interprétation qu'il a donnée de la transformation de l'appendice en cavité close se trouve aujourd'hui vérifiée de tous points par l'expérimentation.

Combien, maintenant, il nous est agréable de pouvoir témoigner de notre respectueuse reconnaissance à l'égard de M. Tuffier : nous avons profité de bien nombreuses et bien bonnes leçons chirurgicales pendant notre temps d'externat dans son service, mais nous lui sommes bien plus redevables encore d'avoir bien voulu nous indiquer le présent sujet de thèse et de ne pas nous avoir ménagé à cette occasion ses précieux conseils. Son « Etude sur le cœcum et ses hernies » ou il a, le premier en France, décrit exactement les rapports du cœcum et de la séreuse péritonéale, nous a été d'un puissant secours pour concevoir les divers modes de production des suppurations périappendiculaires. Que notre

Maître veuillez bien nous pardonner, si nous n'avons pas été à la hauteur de la tâche qu'il nous a indiquée, nous avons pris un grand intérêt et un vif plaisir à l'accomplir de notre mieux.

Nous sommes profondément reconnaissants à M. le Professeur Roux (de Lausanne), d'avoir eu l'extrême bienveillance de nous communiquer une intéressante observation inédite et quelques précieuses indications.

M. le Dr Gallois nous a beaucoup obligés, en reconstituant pour nous, deux observations du plus haut intérêt, nous lui en savons le plus grand gré.

Nous devons aussi remercier notre ami M. Hepp, interne des hôpitaux, des excellents conseils qu'il nous a prodigués à l'occasion du présent travail.

Que M. le Professeur Tillaux nous permette maintenant, de lui exprimer avec un profond respect, notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

L'étude de deux cas d'abcès à distance dans la paroi abdominale survenus au cours d'une appendicite, et opérés par M. Tuffier, nous a fait penser qu'il y avait dans ces faits quelques particularités intéressantes à exposer, tant au point de vue clinique et anatomo-pathologique, qu'au point de vue du problème pathogénique qu'ils font naître.

Nous n'avions en vue, au début de cette étude, que des abcès distincts du foyer périappendiculaire, mais situés dans son voisinage plus ou moins immédiat. Les recherches que nous avons entreprises à leur sujet, nous ont appris qu'à côté de cette variété d'abcès, il peut en exister d'autres, indépendant en apparence de l'appendice, et siégeant dans des organes trop éloignés du centre inflammatoire primitif pour qu'un lien nécessaire paraisse les relier à celui-ci.

Toutefois, l'étude de ces faits rapprochés de ce que nous savons de la possibilité d'une infection

à distance par diverses voies, dans les phlegmasies de certains organes, nous ont amené à considérer les abcès éloignés dont nous parlons, comme le résultat de l'infection primitivement localisée dans l'appendice.

Notre sujet se trouvait ainsi étendu au-delà de notre conception primitive, nous n'avons pas cru devoir l'y restreindre. Les faits disparates de prime abord que nous réunissons dans ce travail, s'ils présentent en eux-mêmes un intérêt considérable, nous paraissent plus importants encore par le groupement qu'ils imposent. La classification qui en résulte soumise à la critique de la pathologie générale, nous permet de saisir la filiation qui rattache les collections éloignées du siège primitif dans les cas les plus dissemblables.

Nous exposerons successivement les faits en les groupant d'abord suivant leurs analogies cliniques et anatomo-pathologiques, indiquant à propos de chaque catégorie les hypothèses pathologiques qu'ils inspirent.

Nous chercherons ensuite si aux familles mal délimitées qui résulteront de cet exposé, nous ne pouvons pas substituer des espèces fondées sur une conception étiologique plus rigoureuse, qui nous permette, en présence de faits souvent con-

fus, de tirer des déductions cliniques et opératoires plus rationnelles.

Notre travail comprendra donc 3 parties :

Dans la première, nous étudierons l'anatomie pathologique et la symptomatologie des abcès à distance.

Dans la seconde, nous essaierons d'établir le lien pathogénique qui les unit à l'appendicite.

Dans la troisième, nous exposerons les modifications que la connaissance de ces abcès est susceptible d'apporter aux règles opératoires classiques.



PREMIERE PARTIE

Étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés d'abcès à distance.

Au début de ce chapitre, il nous faut faire d'emblée une distinction qui limite et précise notre sujet.

Certains abcès de l'appendicite ne siègent pas au niveau de la fosse iliaque droite et sont pourtant des abcès immédiatement périappendiculaires.

On peut les observer dans tous les cas où l'appendice ne garde pas sa place normale, soit par suite de disposition congénitale, soit par suite d'adhérences liées à une première poussée périappendiculaire qui l'ont attiré et fixé en des points variables.

Ces abcès ont été très exactement décrits par Gerster, qui les divise en 5 variétés suivant la direction que peut affecter l'appendice.

Nous n'insisterons pas sur leur étude, résér-

vant pour le diagnostic les quelques traits qui les différencient des diverses variétés de nos abcès.

Les abcès à distance que nous étudions, se spécialisent précisément par cette particularité, que quelque soit leur siège, fût-il même celui du cœcum normal, ils sont distincts du foyer appendiculaire, sans connexion apparente avec lui, méritant le nom d'abcès métastatiques, quelque soit la valeur qu'on attache à ce terme.

Ces abcès occupent les points les plus variés, ils sont intra ou sous-péritonéaux, siègent dans la paroi abdominale ou dans des organes éloignés, et pour tenter une étude claire de leurs différentes espèces, le seul procédé qui s'offre à nous, est de les décrire par séries, suivant les tissus où ils se développent et suivant le degré de proximité qu'ils présentent avec le foyer appendiculaire qui nous éclaire sur leur origine; nous irons ainsi du plus connu à l'inconnu.

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS A DISTANCE DU TISSU CELLULAIRE ILIAQUE CIRCONSCRIT OU DIFFUS.

Une première série d'abcès à distance dans l'appendicite, a été connue de tout temps ; ces abcès partant de la fosse iliaque suivent les traînées de tissu cellulaire sous-péritonéal, se portent en haut vers la région lombaire, venant saillir au triangle de S. L. Petit, ou envahir l'atmosphère péritonéale pour constituer de véritables phlegmons périnéphrétiques, fusent en bas, soit au-dessus du fascia iliaca pour s'arrêter à l'arcade crurale, soit dans le canal iliaque même jusqu'à la partie supéro-interne de la cuisse, ou bien se dirigeant en dedans, descendent sous le péritoine dans le petit bassin, dédoublent les feuillets du ligament large, simulant une collection dont le siège impliquerait une origine génitale.

La description de ces abcès a été faite de tout temps, et nous hésiterions à les ranger parmi

les abcès à distance de l'appendicite tels que nous les comprenons, s'ils ne constituaient, par les variétés anatomiques même qu'ils présentent une transition naturelle pour ainsi dire, entre l'abcès périappendiculaire simplement étendu et diffusé et l'abcès métastatique proprement dit.

Ces abcès, en effet, ne constituent jamais qu'une extension d'un foyer primitivement iliaque par fusées purulentes suivant les trainées de tissu cellulaire. Mais l'abcès iliaque lui-même, dont ils émanent, est quelquefois le foyer périappendiculaire, quelquefois aussi, une collection développée après lui et en dehors de lui, ainsi que nous l'enseigne l'anatomie normale et pathologique.

Dans les cas rares, exceptionnels, où le cœcum non entièrement couvert de péritoine est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque sur lequel il repose, c'est dans ce tissu et non dans le péritoine que l'abcès périappendiculaire se développe. Les fusées de cet abcès périappendiculaire ne sont alors que son extension et ne constituent pas des abcès distincts, ce que nous avons appelé des abcès à distance.

Beaucoup plus souvent la collection périappendiculaire se développe dans le péritoine qui enveloppe l'appendice, le tissu cellulaire de la fosse iliaque ne participe pas primitivement au

processus phlegmasique, il n'est touché que tardivement et secondairement à l'infection voisine, grâce aux connexions lymphatiques et veineuses qui solidarisent plus ou moins la circulation péritonéale et la circulation pariétale, connexions augmentées par le travail de néoformation membraneuse qui aboutit à l'enkystement de la péritonite périappendiculaire. L'abcès du tissu cellulaire évolue ainsi à part et à la suite de l'abcès péritonéal, constituant parfois le phénomène clinique prédominant, persistant après l'extinction même du foyer dont la phénominalité s'efface — et se manifestant à son tour, d'une façon plus vive, dans un point éloigné de celui de son origine.

Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : des observations précises nous autorisent à affirmer que l'abcès de la fosse iliaque avec diverticules lombaire ou pelvien est tantôt une simple propagation périappendiculaire, tantôt un vrai abcès métastatique de l'appendicite.

C'est ainsi que Schuchardt de Stettin (Congrès de chirurgie allemand 1890) rapporte deux cas de pérityphlite opérés par lui où il n'a constaté qu'un processus phlegmoneux du tissu rétro-cœcal. Dans la cavité abcédée il ne put trouver ni matière fécale, ni appendice vermiculaire. Il en con-

clut que très souvent l'appendicite crée un vrai phlegmon du tissu cellulaire iliaque, à distance de l'organe malade et que ces cas devraient être dénommés *paratyphlites*.

Il insiste, d'ailleurs, sur le peu d'éclat de l'affection, sur sa marche insidieuse dans ces cas : malgré la présence du pus, la température ne dépassait pas 38° 4.

Gérard Marchand (Soc. de chirurgie, 24 juillet 1895), cite quatre cas analogues dans lesquels il constata une collection purulente développée dans le tissu cellulaire, en dehors du péritoine, sans rapport apparent avec l'appendice et tendent à fuser vers la région lombaire. Il note également, comme Schuchardt, l'évolution latente de ces abcès.

Reclus, enfin, (Soc. de chirurgie, 16 octobre 1895), raconte qu'allant à la recherche d'un abcès périappendiculaire, il ouvre le péritoine, résèque l'appendice malade enveloppé d'adhérences, referme la séreuse et trouve en dehors d'elle, une collection purulente nettement située à distance et présentant sa poche principale dans le petit bassin.

En opposition et en regard de ces faits, Jalaquier (Soc. de chirurgie, 9 mars 1892), rapporte qu'incisant une vaste collection lombaire déve-

loppée dans le tissu cellulaire depuis la fosse iliaque jusqu'à l'espace sous-pleural droit, il donna issue à un pus fécaloïde dont la nature implique une connexion directe entre l'appendice perforé et la nappe conjonctive iliaque. — Les observations analogues, sont d'ailleurs, loin d'être rares.

Ces faits nous permettent de conclure en toute sécurité que le phlegmon du tissu cellulaire iliaque développé dans le cours d'une appendicite est tantôt un abcès en continuité avec le foyer appendiculaire — tantôt un abcès à distance, complètement indépendant, une véritable paratyphlite selon l'expression de Schuchardt, constituant l'espèce de transition la plus nette entre l'abcès classique de l'appendicite et les suppurations éloignées que nous avons entrepris de signaler et de décrire.

Cliniquement, ces abcès à distance présentent quelques particularités intéressantes à noter, même si leur siège limité à la fosse iliaque impose au chirurgien l'idée de leur point de départ cœcal.

Schuchardt et Gérard Marchand, signalent, en effet, l'insidiosité de leur début, le faible degré de l'élévation thermique, la lenteur de leur évolution, se produisant un temps plus ou moins long après l'apparition des troubles intestinaux dont ils dérivent.

Ce caractère est plus frappant encore quand la collection ne demeure pas franchement iliaque, que sa naissance dans la région reste même douteuse et que les signes qui attirent l'attention sont ceux d'un abcès de siège plus ou moins éloigné venant pointer vers le bassin ou vers les lombes.

La réduction au minimum des signes intestinaux et péritonéaux dans quelques-uns de ces cas, la longue durée qui s'est écoulée entre la période d'existence de ces symptômes et la constatation de ces collections plus ou moins éloignées de la fosse iliaque, pourront parfaitement égarer le diagnostic en dehors d'une enquête minutieuse.

Ces abcès, en effet, peuvent fuser très loin de leur point de départ et leur poche principale se développer en un point très éloigné de celui-ci, si bien que l'examen clinique est souvent impuissant à fixer leurs connexions sans le secours de la constatation opératoire du trajet qui les relie à leur centre infectieux primitif.

Ils présentent trois variétés : lombaire, pelvienne et crurale.

La variété lombaire est relativement la plus fréquente, la plupart des chirurgiens en ont observé des cas qui ont appelé une incision posté-

rieure : Gérard Marchand déclare qu'il a trouvé plusieurs fois des saillies lombaires (Soc. de chirurgie, 24 juillet 1895), et constaté leur point de départ dans une infection du tissu cellulaire iliaque — Schwartz (Soc. de Chirurgie, 31 juillet 1895) rapporte l'observation d'une collection lombaire incisée par lui, qui est restée 2 ans fistuleuse. — Quenu (Soc. de chirurgie, 16 octobre 1895), signale un cas où une collection lombaire s'est développée et a nécessité l'intervention, quelques jours après une incision blanche au-dessus de l'arcade de Fallope.

Dans quelques circonstances cette collection lombaire peut remonter très haut jusqu'au thorax; l'observation suivante de Jalaguier (Soc. de chirurgie, 9 mars 1892), en est un très bel exemple :

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui, outre des symptômes d'abcès iliaque, présentait à droite des signes d'épanchement pleural suppuré : épanchement qu'une ponction exploratrice faite au niveau du neuvième espace intercostal semblait confirmer. L'incision lombaire montra une énorme collection purulente remontant de la fosse iliaque jusqu'au thorax dans le tissu cellulaire sous-pleural (guérison). Cette observation nous paraît assez probante pour nous dispenser de citer

d'autres faits qu'il serait facile de multiplier.

La variété pelvienne serait plus riche encore que la variété lombaire, si beaucoup de faits ne devaient être rapportés à des collections intra-péritonéales. Le départ entre les abcès extra ou intra-péritonéaux n'a pas été fait par la plupart des auteurs. Toutefois, la réalité de ces derniers est bien établie par l'observation de Reclus (Soc. de chirurgie, 16 octobre 1895), que nous avons signalée plus haut et où l'incision lui permet de constater l'intégrité du péritoine et l'existence d'un gros abcès pelvien en dehors de lui.

D'ailleurs, sans insister sur le siège précis de l'abcès pelvien, tous les opérateurs sont d'accord sur la fréquence de cette complication : Tuffier, Michaux, Monod, Quenu, Bazy, l'ont constaté, et à la séance du 16 octobre 1895 de la Société de chirurgie, beaucoup de chirurgiens émettent, conformément à l'opinion de M. Tuffier, l'avis qu'il faut la rechercher systématiquement par le toucher rectal.

La variété crurale, la plus anciennement connue, paraît aujourd'hui la plus rare, nous nous contenterons de signaler que l'abcès vient faire saillie à la partie supérieure de la cuisse en suivant le canal iliaque ou la gaine des vaisseaux fémoraux. Schwartz (Soc. de chirurgie, 5 juil-

let 1893); rapporte qu'il a dû inciser un abcès crural ayant cette origine. La collection s'impose à la vue et au palper : les circonstances qui l'accompagnent peuvent permettre d'établir son diagnostic étiologique.

Bauchet (Th. de Pravaz, Lyon 1888), signale un cas analogue où le pus suivant l'artère crurale était venu pointer à la partie supérieure de la cuisse.

Dans tous ces cas, l'intervention chirurgicale seule permettra de fixer exactement la nature de la lésion causale et établira du même coup les rapports avec l'appendice : tantôt celui-ci s'ouvrira dans le foyer purulent qui contiendra un pus d'odeur fécaloïde et souvent des débris stercoraux et suivant l'absence ou la présence de lésions péritonéales concomitantes, on considérera ces abcès comme dûs à un défaut d'enveloppement de l'appendice par la séreuse et à une infection primitive du tissu cellulaire iliaque ou comme résultant de l'infection secondaire de ce tissu, par effraction de l'abcès périappendiculaire primitivement péritonéal (1).

(1) Cette disposition a été observée nettement par Schwartz (Société de chirurgie, 6 avril 1892), qui signale un abcès en bouton de chemise, survenu chez une malade atteinte d'accidents de typhlite stercorale pour la seconde fois. Il trouve

Tantôt on ne trouvera pas l'appendice dans le foyer purulent exempt de toute particule stercorale et si l'on ouvre le péritoine pour rechercher la cause probable du mal, on y trouve l'appendice malade au milieu d'un foyer purulent indépendant ou simplement serti de fausses membranes : c'est à cette dernière catégorie d'abcès véritablement métastatiques qu'appartiendra l'évolution insidieuse et lente sur laquelle nous avons insisté.

L'appendice semble donc jouer dans les suppurations iliaques le rôle de la trompe dans les suppurations pelviennes de la femme.

Il peut infecter directement, par la perforation, le péritoine ou le tissu cellulaire, ou bien le tissu cellulaire voisin peut subir par suite de l'infection appendiculaire une atteinte secondaire et connexe plus tardive et plus insidieuse, probablement par l'intermédiaire des lymphatiques.

On pourrait recommencer, à ce sujet, les discussions qui ont marqué l'histoire des phlegmons du ligament large et de la pelvipéritonite sur le rôle des infections tubaires et lymphatiques et sur leur importance respective. Cette discussion est close aujourd'hui : il serait inutile de la rou-

dans le cours de l'intervention une poche sous-péritonéale et une poche iliaque péritonéale autour du cœcum.

vrir à propos d'un autre organe et il convient de profiter des enseignements passés, pour reconnaître, comme la trompe, l'appendice enflammé joue le rôle d'agent provocateur de lésions diverses créant par des mécanismes différents, tantôt directement, tantôt à distance, des lésions suppuratives dans la connaissance desquelles les notions pathogéniques cèdent le pas aux localisations anatomiques en ce qui concerne le traitement.

Celui-ci consiste toujours idéalement à supprimer la cause, c'est-à-dire l'appendice, après avoir paré aux effets, c'est-à-dire aux abcès, quelque soit le mode de leur production et leur indépendance relative à l'égard de la lésion initiale. Il nous a paru pourtant important de nous étendre sur les notions que nous avons pu préciser sur l'anatomie et la physiologie pathologique des phlegmons depuis si longtemps connus du tissu cellulaire iliaque et de leurs fusées lointaines, qui forment la première catégorie de nos abcès à distance. Nous retrouverons à propos des abcès également et plus nettement indépendants de la paroi abdominale, un processus identique, une même évolution tardive presque froide.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons conclure pour terminer ce chapitre :

Que l'appendicite crée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des phlegmons qui peuvent se montrer dans la région lombaire et jusqu'au thorax, dans le petit bassin, et à la région supérieure de la cuisse ;

Que ces phlegmons sont toujours phlegmons par propagation du tissu cellulaire iliaque primitivement enflammé au tissu cellulaire des régions environnantes ;

Qu'ils résultent tantôt de l'extension simple du foyer initial périappendiculaire, tantôt de l'extension d'un foyer secondaire indépendant, métastatique et constituent alors de véritables abcès à distance, de la façon dont nous l'entendons ;

Que dans ce dernier cas leur début est insidieux, leur marche lente, que leur localisation éloignée peut par suite faire perdre de vue leur point de départ réel, qu'enfin on ne trouve dans leur cavité ni débris stercoraux, ni appendice perforé.

OBSERVATIONS

Schwartz (Société de chirurgie, 29 octobre 1890).

Malade soignée plusieurs fois pour accidents de typhlite.

Incision de 12 centimètres de long de la crête iliaque se recourbant vers l'arcade crurale.

On traverse les muscles de la paroi et on tombe sur un foyer rempli de pus très fétide et de la grosseur d'une

forte orange. Ce foyer est situé derrière le cœcum et remonte le long du côlon ascendant. Il fut impossible malgré une exploration minutieuse, de découvrir le moindre corps étranger, ni l'appendice. L'état général du malade était très grave et la mort survint par péritonite généralisée.

Il est probable que dans ce cas, il existait une autre collection intrapéritonéale qui a déterminé la péritonite généralisée, le péritoine n'ayant pas été ouvert.

Schwartz (Société de chirurgie, 29 octobre 1890.)

Après plusieurs accidents de typhlite stercocale, incision de 12^{me} parallèle à la crête iliaque : on tombe, au-dessous du transverse sur un foyer contenant environ 300 grammes de liquide purulent et d'odeur fécaloïde. L'exploration de la cavité montre qu'elle est en arrière du cœcum, on n'y trouve pas de corps étranger, ni d'appendice.

Lavage, drainage, tamponnement. Guérison complète en un mois.

CHAPITRE II

ABCÈS A DISTANCE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

Le fait sur lequel nous désirons attirer l'attention dans ce paragraphe, est la fréquence relativement grande des cas dans lesquels on trouve dans la cavité péritonéale, en dehors d'un foyer périappendiculaire, des collections créées d'après un mode identique, c'est-à-dire par une péritonite circonscrite et complètement indépendantes de ce foyer.

Il est presque inutile d'insister sur l'importance de cette disposition au point de vue de l'intervention. Il est intéressant de rechercher les circonstances où elle se présente, les symptômes qui la signalent et le pronostic qu'elle comporte.

Nous ne parlerons pas des cas où la collection périappendiculaire se trouve en connexion directe avec d'autres poches purulentes étendues, c'est là un fait banal qui ne comporte aucune conséquence pathogénique, ni clinique; c'est surtout du côté du petit bassin qu'on trouve cette dispo-

sition extensive, l'action seule de la pesanteur, le fait de la déclivité suffisent à l'expliquer, mais alors l'intervention portant sur le foyer iliaque mènera forcément sur le diverticule pelvien : les deux seront ouverts du même coup, il importe seulement de connaître la possibilité de ce mode d'abcès péritonéal, pour le rechercher par le toucher rectal avant l'intervention et avec le doigt introduit dans la poche primitive au moment de l'ouverture de celle-ci.

Nous signalerons simplement quelque soit leur intérêt les abcès de siège anormal dûs à une disposition particulière de l'appendice : ils imposent un mode d'intervention spécial suivant leur variété, mais ils ne constituent pas, à nos yeux, nous l'avons dit, des abcès à distance proprement dits : nous aurons d'ailleurs à revenir sur quelques points curieux de leur histoire à propos des suppurations de la paroi abdominale.

Les abcès réellement indépendants des phlegmons périappendiculaire présentent un intérêt plus neuf.

En recherchant les circonstances où différents auteurs les ont observés, nous voyons qu'elles sont de deux ordres opposés.

On a trouvé ces abcès dans des cas d'appendicite perforante à marche aiguë et ils évoluent

alors rapidement, en même temps que l'abcès local.

On les a trouvés aussi dans des cas d'appendicite à rechute, à marche lente, avec ou sans perforation et ils manifestent alors leur présence tardivement, par une recrudescence des phénomènes péritonéaux survenant plus ou moins longtemps après l'évacuation du foyer local.

A la première catégorie appartiennent des faits nombreux rapportés aux séances de la Société de chirurgie des 17 et 24 juillet 1895, par Brun, Nélaton, Routier. Au 9^e congrès de chirurgie français, par Mauny de Saintes. A la Société de chirurgie, par Terrier, 8 juin 1892.

A la seconde catégorie se rapportent des observations de Chupin (Rapport de Chauvel, Soc. de chirurgie, octobre 1893, de Brun, de Jalaguier (Soc. de chirurgie, mars 1892), de Monod (Soc. de chirurgie, 25 juillet 1894), de Siraud (*Gaz. des Hôpitaux*, 14 juin 1892), de Legg (Th. de Berthelin, Paris, 1895), enfin 3 observations de pyopneumothorax sous-phrénique contenues dans la thèse de Grandsire.

Au point de vue anatomopathologique ces abcès sont variables comme siège, comme nombre et comme volume.

On les a trouvés entre les anses d'intestin

grêle à peu de distance du cœcum (Terrier) dans le petit bassin, à la partie supérieure de la vessie (Brun) dans la fosse iliaque gauche (Monod, Chupin) au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse (Jalaguier) sous le diaphragme (Siraud, Legg, Eisenlohr, Starck, Salzwedel, Scheurlein).

Le nombre de ces abcès varie comme le siège, on peut en trouver plusieurs disséminés en divers points, dans la plupart des observations, on n'en note qu'un à côté de l'abcès initial.

Le volume présente des degrés nombreux ; à côté de petits abcès contenant une cuillerée de pus, on trouve de vastes collections comme celle qu'à ouverte Jalaguier à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse qui se prolongeait de 3 centimètres sur ce dernier, comme les vastes abcès sous-diaphragmatiques que décrivent Eisenlohr et Starck.

Sous le rapport de leur constitution, ces abcès se présentent comme des péritonites enkystées, grâce à l'agglutination par des fausses membranes des organes entre lesquels ils se développent : les anses d'intestin grêle, la vessie, le grand épiploon, l'estomac et le diaphragme contribuent à constituer leur paroi.

Souvent une traînée de péritonite plastique (1) les relie à distance au foyer péri-cœcal concomitant, de telle sorte que cette forme d'infection péritonéale mérite bien le nom de péritonite enkystée à foyers multiples que lui a donné Nélaton.

Ces abcès secondaires évoluent pour leur propre compte et se comportent comme l'abcès primitif, c'est-à-dire qu'ils tendent à s'évacuer suivant leur situation au dehors ou dans les organes voisins. Ils peuvent aussi s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale et créer une péritonite généralisée.

La physiologie pathologique de ces collections a été récemment discutée à la Société de chirurgie ;

(1) Mickulicz (*Archiv. für Klinik. chirurgicale*, 1889, t. 39, p. 736), rapporte une opération chez un malade atteint d'accidents péritonéaux datant de 5 jours, survenue au cours d'une pérityphlite. Il pratiqua deux incisions parallèles aux colons droit et gauche, deux abcès très étendus furent ainsi évacués ; 3 jours après, des phénomènes d'étranglement nécessitent la création d'un anus artificiel sur l'intestin grêle. Mort au bout de 4 jours. A l'autopsie, on constate une péritonite très étendue fibrineuse à part les deux poches purulentes incisées ; l'appendice était perforé.

A propos de cette observation, Mickulicz insiste sur la nécessité de distinguer la péritonite septique diffuse, de la péritonite progressive, fibrino purulente dans laquelle se produisent des foyers purulents enkystés. Ceux-ci seront traités chacun comme un abcès isolé sans rompre les adhérences qui les entourent.

presque tous les auteurs sont d'accord (Brun, Nélaton, Gérard Marchant, Jalaguier, Régnier), pour les attribuer à une sorte de septicémie péritonéale plus ou moins généralisée, qui constituerait l'intermédiaire entre la péritonite enkystée et la péritonite générale d'emblée.

Cette opinion s'appuie sur la symptomatologie qui se rapproche de celle de la péritonite généralisée et sur l'anatomie pathologique qui montre entre les foyers suppurés des traînées de péritonite plastique témoignant de la participation de toute la séreuse à l'infection qui la touche : en certains points où il semble se concentrer, le processus aigu aboutit à la suppuration, en d'autres il ne peut créer que des fausses membranes.

Peut-être la seule virulence atténuée de l'agent infectieux différencierait-elle la forme aiguë de la forme chronique, ces deux formes répondant à une même espèce de réaction anatomique. Peut-être dans cette dernière, faudrait-il faire intervenir un transport à distance par les lymphatiques : c'est l'opinion à laquelle se rattache Grand-sire (Th. de Paris, Janvier 1895), au sujet du pyopneumothorax sous-phrénique. Les deux manières de voir peuvent être défendues surtout pour ce qui a trait à cette forme d'abcès péritonéal.

En ce qui concerne la symptomatologie, nous

décrivons deux formes de ce genre d'abcès à distance : la forme aiguë et la forme chronique.

Les signes de la forme aiguë se rapprochent notablement de ceux de la péritonite aiguë par perforation appendiculaire : même début instantané par une douleur brusque parfois précédée pendant quelques jours de constipation et d'inappétence, de vomissements, de douleurs vagues ; même gravité des phénomènes généraux rappelant le collapsus de la péritonite : petitesse du pouls, anxiété respiratoire, faciès péritonéal, langue sèche ; même forme des phénomènes abdominaux, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz, signes de pseudo-étranglement intestinal ; même inconstance de l'élévation thermique, dont le degré n'est nullement en proportion du danger qui menace la malade.

Toutefois, dans la forme qui nous occupe, les phénomènes locaux sont plus appréciables, on observe un empâtement iliaque profond, dur, augmentant rapidement, évoluant vite vers la suppuration, se manifestant à droite au niveau de l'appendice, témoignant d'une certaine tendance à la localisation de l'infection.

L'opinion est unanime sur la valeur de ce syndrome et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les propres paroles des auteurs, grâce

auxquelles nous pouvons préciser ce tableau clinique :

Nélaton (Soc. de chirurgie, 24 juillet 1895), qui le premier individualise la « péritonite enkystée à foyers multiples », signale comme signes différentiels de cette espèce clinique avec la péritonite généralisée : la moindre atteinte de l'état général, l'absence de dissociation du pouls et de la température, l'existence de constipation et de vomissements pouvant faire croire à une obstruction intestinale, l'empâtement profond de la fosse iliaque droite coexistant avec le ballonnement du ventre.

Jalaguier (Soc. de Chirurgie, 31 juillet 1895), insiste dans le même sens, en décrivant la variété clinique qui nous occupe sous le nom de péritonite septique diffus, qu'il oppose à la péritonite généralisée. « En résumé, dit-il, dans la « première forme, les symptômes sont atténués, « tandis qu'ils sont plus accusés et plus nets dans « la deuxième ».

Reynier (Soc. de Chirurgie, 31 juillet), reconnaît aussi la possibilité d'abcès multiples et pense qu'il faut recourir si l'on a lieu d'y penser, à la laparotomie médiane.

Mauny (de Saintes) (9^e congrès de chirurgie français), pense que dans des cas analogues, on

ne devra pas, au point de vue de l'intervention, se laisser guider par la fluctuation et l'élévation de température, signes qui font souvent défaut, mais qu'on tiendra compte des frissons, de l'empâtement profond, de l'état général, des signes de réaction péritonéale, et surtout des phénomènes d'obstruction intestinale qui compliquent souvent la scène.

Par toutes ces citations, il nous semble que la forme d'appendicite que nous décrivons a acquis en quelque sorte, droit de cité. Quelle est donc son évolution en dehors et à la suite de l'intervention ?

Si l'opérateur n'intervient pas, l'issue est certainement fatale; en quelques jours, le collapsus, les symptômes d'étranglement interne amènent la mort; même au cas où la collection primitive de la fosse iliaque droite s'ouvrirait spontanément au dehors, l'évolution des autres abcès entraîne un état de septicémie plus ou moins rapide, dont l'issue peut être hâtée par l'ouverture d'un abcès dans un des organes qui les enveloppent ou dans le péritoine lui-même.

L'intervention elle-même, n'empêche pas toujours cette évolution si elle est incomplète; et elle le demeure souvent forcément en raison de la latence des foyers secondaires qui peuvent échap-

per à la vue, même après la laparotomie. Dans ces cas, après la rémission qui suit l'évacuation du foyer principal, les phénomènes s'aggravent de nouveau et la mort survient par des mécanismes variables, tantôt par les progrès de la septicémie, tantôt par suite de l'ouverture d'un abcès dans la grande cavité péritonéale qui donne lieu à une péritonite purulente généralisée, tantôt par l'intermédiaire d'une nouvelle lésion due à l'issue dans un des organes creux de l'abdomen ; une infiltration d'urine a été ainsi provoquée par l'ouverture d'un abcès aberrant dans la vessie (Bazy, Soc. de Chirurgie, 1895).

Souvent jusqu'à la mort, la cause de la persistance des accidents reste cachée et l'autopsie seulement révèle la présence de collections que l'opérateur n'avait pu atteindre : c'est ainsi que Nélaton et Ferrier ont trouvé chacun, chez des malades opérés par eux, un foyer complètement distinct au milieu des anses intestinales, et Nélaton un foyer indépendant en rapport avec la partie supérieure et gauche de la vessie.

L'intervention pourtant, a pu aboutir à la guérison, mais alors, c'est bien rarement l'incision inguinale classique qui suffit ; presque toujours la laparotomie médiane a été l'incision voulue ou indiquée. Même avec cette incision faite lar-

gement, des foyers ont pu passer inaperçus au chirurgien qui hésite à rompre les adhérences limitantes du 1^{er} abcès ouvert : cela s'explique bien aisément, puisque le foyer secondaire peut siéger jusqu'à 30 cent, de la région cœcale ainsi que Poirier en signale un fait à la Société de Chirurgie (Soc. de Chir., 31 juillet 1895).

Le pronostic de la péritonite enkystée à foyers multiples est donc très grave, en raison de la rapidité de son évolution et des difficultés opératoires qu'elle fait naître. Il paraît moins grave toutefois que celui de la péritonite générale d'emblée, si l'intervention est effectuée en connaissance de cause : c'est cette conviction fondée sur des faits personnels qui a poussé M. Jalaguier à en préciser autant que possible les symptômes pour montrer la voie à l'opérateur.

Nous examinerons plus tard, dans un chapitre d'ensemble, quelle est la conduite que semble en pareille circonstance lui imposer la connaissance des faits.

La forme chronique des abcès péritonéaux à distance, s'écarte assez notablement de la forme aiguë sous le rapport des symptômes.

Dans cette dernière, l'abcès primitif périappendiculaire évolue sans rien de bien particulier. Il appelle une incision qui paraît amener à la gué

raison quand au bout d'une période dont la durée n'a rien de fixe et s'étend de quelques jours à quelques semaines, l'apparition de nouveaux symptômes fébriles et de phénomènes locaux de douleur et de tuméfaction appelle l'attention en un point différent de l'abdomen ou de la base du thorax quand il s'agit de pyothorax sous phrénique.

L'abcès nouveau dont ces phénomènes signalent l'apparition évolue comme les autres variétés d'abcès vers l'évacuation au dehors, dans un organe de l'abdomen, et peut aboutir à la guérison par évacuation spontanée ou chirurgicale ou à la mort par péritonite ou septicémie.

Son évolution plus tardive, plus distincte, le fait en quelque sorte apparaître en un relief plus marqué que l'abcès secondaire à marche aiguë, il en résulte qu'il appelle plus directement sur lui l'attention du chirurgien et s'offre mieux à son instrument. Aussi l'intervention dans ces cas parce qu'elle est plus limitée et plus directe, plus aisée par conséquent, donne-t-elle des succès plus constants, les succès paraissent tenir aussi à la marche même de l'abcès qui témoigne que la séreuse s'est mise en état de défense contre l'infection qui l'a touchée et n'a cédé tardivement qu'en un point.

Pour toutes ces raisons, le pronostic des abcès tardifs nous semble moins sombre que celui des abcès aigus, à condition que leur diagnostic soit établi suffisamment pour guider le bistouri et ce diagnostic de localisation pourra être très difficile. Afin d'atteindre ces abcès, le chirurgien ne devra pas reculer devant une recherche lointaine du pus et agira comme Jalaguier qui dut remonter jusqu'à l'angle du colon ascendant et du colon transverse pour découvrir et atteindre une collection dont il présumait le point de départ cœcal. (*Société de Chirurgie*, 9 mars 1892).

De l'ensemble des faits qui précèdent la conclusion s'impose :

1° Qu'il existe dans le cours de l'appendicite des abcès intrapéritonéaux à distance du foyer primitif et complètement indépendants de ce foyer.

2° Que ces abcès affectent dans leur évolution un processus aigu ou chronique.

3° Que chacun de ces modes se caractérise par des phénomènes particuliers qui permettent, sinon de diagnostiquer, au moins de les présumer.

4° Que les abcès aigus paraissent constituer une forme spéciale de septicémie péritonéale qu'on a justement nommée péritonite enkystée à foyers multiples et qui sert d'intermédiaire entre la péritonite généralisée et la péritonite circonscrite.

5° Que la connaissance de cette forme de réaction pé-

ritonéale à l'infection appendiculaire peut modifier et étendre l'intervention chirurgicale.

Les observations suivantes nous paraissent donner un très ferme appui à ces conclusions.

Abcès aigus. — Observations

OBSERVATIONS I et II.

Observations de Nélaton. (Société de chirurgie, 24 juillet 1895).

1^{re} observation. — Homme de 30 ans, traité depuis 8 jours pour accidents rapportés à l'occlusion intestinale. Au moment de la visite, état général assez bon, pas de dissociation du pouls et de la température, mais empâtement dans la fosse iliaque droite. Incision, évacuation du pus, résection de l'appendice. Mort le lendemain.

Autopsie fait voir un deuxième foyer indépendant situé derrière la vessie et du côté gauche.

2^{me} observation. — Jeune fille chez laquelle on trouve deux collections indépendantes, l'une au niveau du cœcum, l'autre dans la cavité pelvienne. Mort. L'autopsie révèle un troisième foyer situé au milieu des anses intestinales et remontant au niveau du rein gauche.

OBSERVATION III

Observation de Terrier (Société de Chirurgie, 8 juin 1892).

Incision du foyer purulent situé entre des adhérences de l'intestin grêle, du cœcum et de l'appendice non per-

foré. Mort. A l'autopsie, on trouve le cœcum adhérent au péritoine pariétal et un petit abcès indépendant contenant environ deux cuillerées à café de pus, situé entre deux anses d'intestin grêle près du cœcum.

OBSERVATION IV

Observation de Monod (Société de Chirurgie, 10 juillet 1893).

Homme de 19 ans, entré à l'hôpital en 1893, 4 jours après le début brusque d'accidents de pérityphlite avec tuméfaction douloureuse à droite et fièvre. La température reste élevée pendant 4 jours. Puis on observe une période d'apyrexie de 4 jours pendant lesquels la douleur et la tuméfaction de la fosse iliaque diminuent, tandis que le malade souffre à la gauche à la pression. Le soir du 4^{me} jour de cette phase, la température s'élève à 39 degrés. Pouls fréquent, ventre ballonné, facies péritonéal. — Laparotomie médiane, ouverture successive de deux vastes collections, une gauche et une droite, mort rapide.

OBSERVATION V

Monod (Société de chirurgie, 10 juillet 1893).

Après bénéfice apparent d'une incision ilioinguinale pour appendicite suppurée apparaissent des phénomènes graves qui amènent la mort.

A l'autopsie, on trouve un deuxième foyer dans le petit bassin.

OBSERVATION VI.

Brun (Communication à la Société de Chirurgie, 17
juillet 1895)

Dans quatre cas, à côté du foyer principal péri ou rétro-cœcal et indépendamment de lui, j'ai trouvé des foyers secondaires isolés entre les anses intestinales agglutinées, foyers que je n'ai pu découvrir que grâce aux manipulations auxquelles je me livrais en cherchant l'appendice. Un siège de prédilection de ces foyers me paraît être la partie la plus interne et la plus inférieure de la région cœcale, en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie et je crois que dans toute opération d'appendicite enkystée, il est prudent de s'occuper de l'existence de ce foyer si l'on ne veut pas s'exposer à une opération incomplète.

OBSERVATION VII

Manny de Saintes (9^{me} Congrès de Chirurgie, 21-26
octobre 1895).

Deux fois, j'ai ouvert plusieurs vastes abcès abdominaux (abcès multiples plus ou moins éloignés du foyer primitif périappendiculaire), véritable septicémie péritonéale aiguë. Dans ces cas, l'incision classique est insuffisante, on est amené à la laparotomie soit médiane, soit sur le bord externe du grand droit. On doit explorer et rechercher le pus afin de laver et drainer.

Abcès chroniques

OBSERVATIONS VIII et IX

Observations de Routier. — Formation tardive d'abcès secondaires au cours de l'évolution des appendicites. (Société de chirurgie, 17 juillet 1895).

1^{re} observation. — Dans deux cas, 14 à 16 jours après laparotomie faite en péritonite lactescente avec abcès périappendiculaire (appendice réséqué dans le foyer principal) survinrent des frissons, un point douloureux à gauche exactement sur la région homologue à celle de l'appendice. Dans ces deux cas, ouverture des abcès abdominaux contenant l'un une demi-tasse, l'autre une tasse de pus vert phlegmonneux analogue au pus de l'abcès périappendiculaire. Guérison.

2^{me} observation. — Garçon de 16 ans, première crise d'appendicite. Vu huit jours après le début des accidents. Ventre ballonné, très douloureux avec point très sensible à droite. Laparotomie latérale, issue de sérosité louche ou de pus mal ou pas enkysté, lavage général du ventre, appendice ni vu ni recherché. Amélioration : cessation de vomissements, langue et pouls meilleurs, ventre souple, selle.

Vers le 9^{me} jour, sans frisson, sans fièvre, ténesme rectal, diarrhée, ballonnement du ventre.

Opération : Abcès recherché en vain au voisinage de la région opérée, glace sur le ventre, lavage d'estomac, antiseptie intestinale.

Mort 21 jours après la première opération.

A l'autopsie, abcès en arrière du colon transverse et de l'estomac, sans traces de péritonite ailleurs. Le colon descendant comprimé par l'abcès causait l'énorme ballonnement du ventre des derniers jours.

OBSERVATION X

3^{me} observation. — Jeune fille de 18 ans qui, depuis une fièvre typhoïde à 15 ans 1½, souffre constamment du ventre à droite.

Opération, le 4 avril, pour 4^{me} attaque d'appendicite. Résection de l'appendice par laparotomie latérale, assez bonnes suites.

Le 29, prostration complète, haute température, fortes oscillations et céphalalgie extraordinaires. On croit à une méningite.

Le 3 mai, issue d'une assez grande quantité de pus par le rectum. Guérison.

OBSERVATION XI

Observation de Chupin (Rapportée par Chauvel, Société de Chirurgie, 4 octobre 1893).

Appendicite 5^{me} rechute. Double laparotomie latérale pour un abcès droit ouvert spontanément à la 3^{me} rechute et ayant laissé des fistules et un abcès gauche récent formé sans doute par métastase.

OBSERVATION XII

Observation de Jalaguier (Société de Chirurgie, 9 mars 1892).

Enfant : début par troubles abdominaux, coliques, et

ensuite douleur brusque. A l'examen, induration présentant son maximum sous les fausses côtes.

Par une longue incision faite sur le côté, on arrive sur le cœcum et le côlon ascendant *adhérent au péritoine pariétal*. Il n'y a pas de suppuration à ce niveau, non plus qu'à la face postérieure. Plus on descend vers la fosse iliaque, plus les lésions deviennent légères. En remontant alors vers la partie supérieure du boyau cœcal enflammé, on trouve au milieu d'un paquet d'adhérences un foyer purulent siégeant en avant du côlon ascendant et du côlon transverse, contenant *un verre à Bordeaux de pus sans gaz, ni matières*. La paroi était lisse, il n'y avait *pas de perforation* : la poche s'étendait sur une étendue de 8 centim. le long du côlon transverse. Guérison au bout de quelques jours.

OBSERVATION XIII

Observation de Siraud (Thèse de Margery, Lyon 1892).

Claude C... 19 ans, chaudronnier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 20 mars 1892, dans le service de M. Poncet. Il se plaint de douleurs abdominales vives et de vomissements, pas d'antécédents pathologiques. Il a ressenti pour la première fois, le 19 mars, une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite.

Opération le 21 mars : Laparotomie iliaque droite. Cavité purulente autour du cœcum, pas de perforation de l'appendice ; on le resèque, il renferme un poil et des matières fécales. Anses intestinales voisines rouges, sans fausses membranes ; quelques fines membranes fibrineuses sur le cœcum, lavage à l'eau boricuée. Réunion

par deux plans de sutures avec drain en os décalcifié.
Pansement.

Le soir, ballonnement abdominal plus accusé, par 4 fois vomissements aqueux, filants verdâtres; dyspnée, pouls 120, température 38°9. Opium, glace, champagne.

Amélioration les jours suivants. Le 27 mars, appétit revenu, plus de ballonnements, plus de douleur.

Le 30 mars, apparition d'une nouvelle agitation, d'inquiétude, la température remonte à 39°, point douloureux à droite de la ligne médiane, au niveau de l'épigastre. Vers cette région, sorte de tuméfaction des parties molles qui donnent une sensation d'empâtement profond.

Le 1^{er} avril, au soir, douleur locale intolérable, pongitive, entièrement aiguë; la dyspnée apparaît en même temps que le pouls devient précipité et moins ample; 3 vomissements verdâtres. Morphine, glace, champagne.

Le 2 avril, même état, tuméfaction saillante mate à la percussion, fluctuante. Moins de ballonnement abdominal.

Opération. — Incision verticale de 6 centim. environ sur la tumeur, parties molles superficielles, infiltrées, œdématisées. A l'ouverture du péritoine jaillit un pus grisâtre, fétide, stercoral; il provient d'une poche enkystée (brides péritonéales perçues au doigt), s'enfonçant sous le diaphragme au-dessus de la face convexe du foie, dont la superficie est recouverte de fausses membranes. Lavage à l'eau boriquée, drainage, pansement.

Les jours suivants, amélioration.

Le 5 avril, après la disparition des symptômes précédents, le malade se plaint de point de côté sous-mammaire droit. Dyspnée, température 39°2.

A l'auscultation, souffle doux, égophonie entre le 1^{er}3 inférieur et le 1^{er}3 moyen du poumon droit. Silence respiratoire à la base.

7 avril. Empyème au 7^{me} espace. Ecoulement de sang noirâtre provenant du cul de sac pleural.

8 avril. — Amélioration, un peu de pus s'écoule par l'ouverture thoracique.

Guérison lente avec oscillations de température jusqu'à la fin du mois de mai où elle est définitive.

OBSERVATION XIV

Observation de Hutinel (Thèse de Beynes, Paris, 1890).

20 jours après accidents de pérityphlite, fièvre, matité et diminution respiratoire à la base du poumon droit.

Empyème dans le 8^{me} espace intercostal, on ne trouve rien dans la plèvre, mais en perforant le diaphragme, on donne issue à un foyer purulent, collecté entre le foie et le diaphragme, ainsi que l'autopsie l'a confirmé.

CHAPITRE III

ABCÈS A DISTANCE DE LA PAROI ABDOMINALE

Jamais à notre connaissance les suppurations de cette catégorie n'ont été réunies ni analysées dans un travail critique.

Nous avons eu quelque peine à rassembler de rares observations éparses publiées ou inédites qui les concernent; ces observations présentent entre elles des analogies frappantes.

Nul procédé ne nous semble permettre d'en dégager plus clairement les traits généraux et la physionomie clinique et anatomique des abcès à distance de la paroi abdominale que de reproduire en tête du paragraphe qui les concerne, ces faits précis sur lesquels nous appuierons notre exposé :

I. — OBSERVATION de Tuffier (Société de Chirurgie, 17 juillet 1893.)

Le 25 janvier 1893, je fus appelé par M. le docteur Chevassu, pour voir un enfant de douze ans et demi qui, depuis le 1^{er} janvier, après des alternatives de

diarrhée et de constipation, avait été pris de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Trois jours avant ma visite, son médecin avait constaté un empâtement dans la région sus-ombilicale. Je trouvai dans la fosse iliaque droite une légère résistance douloureuse sans tuméfaction stercorale, mais au niveau de la région sus-ombilicale, un vaste empâtement indiquait une suppuration sous-aponévrotique occupant la région comprise entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Le petit malade est amené à la maison de Santé de la rue Bizet, je pratique une incision au centre de la tumeur sus-ombilicale, laquelle donne issue à un flot de pus infect, d'odeur fécaloïde (le pus recueilli contenait du colibacille.)

En examinant l'abdomen, je trouve une deuxième tuméfaction siégeant au-dessous de l'ombilic, également dans la gaine aponévrotique. Incision et évacuation de cette deuxième collection. Les deux cavités sont bourrées de gaze iodoformée.

Les jours suivants, la température qui n'avait pas dépassé 38° pendant tout le cours de la maladie, s'élève à 39°. Les foyers anciens restent fétides, le pouls devient rapide avec tendance à la syncope. Je prie mon collègue Merklen d'examiner cet enfant. Son diagnostic est endopéricardite avec myocardite infectieuse.

Pendant 15 jours, le petit garçon reste dans l'état le plus grave, par suite de cette complication.

Enfin, les foyers purulents se cicatrisent et le petit malade est complètement guéri au bout de six semaines. Je l'ai vu au mois de juillet 1895, il est en parfaite santé.

II. — OBSERVATION de Gallois. Opération faite par
Tuffier (Inédite).

M. V..., employé au gaz, âgé de 18 ans, est vu le 7 septembre 1893, par M. le docteur Gallois. Il se plaint depuis quelque temps de constipation, de pesanteur dans le bas-ventre et venant d'acheter une bicyclette, il est pris au troisième jour qu'il en fait usage, de douleurs plus vives dans la fosse iliaque droite.

On constate à ce niveau de la douleur et de l'empâtement revêtant la forme de boudin cœcal. On diagnostique typhlite stercorale et on prescrit lait et purgatif.

Le boudin cœcal disparaît lentement ainsi que les phénomènes douloureux, le malade est revu tous les jours jusqu'au 20 septembre où il paraît guéri.

Vers le 9 octobre, M. Gallois est appelé pour une douleur qui se produit dans l'hypochondre droit, au niveau de l'angle du côlon. Il constate à ce niveau un empâtement qui grossit les jours suivants et s'étend vers la ligne médiane. Un médecin qui venait de voir le malade avait pensé à un kyste hydatique. M. le docteur Gallois, en présence des phénomènes antérieurs, diagnostique un abcès de la paroi.

Le malade entre à Beaujon, le 25 octobre, dans le service de M. le docteur Tuffier ; il présente à l'examen un vaste abcès siégeant au niveau du muscle grand oblique au niveau des fausses côtes et offrant tout d'abord l'aspect d'un abcès froid d'origine costale. L'incision donne issue à un pus fétide et malgré toutes les recherches, il est impossible de trouver une communi-

cation du foyer avec le tissu cellulaire sous-péritonéal. Guérison rapide.

III. — OBSERVATION de Gallois (Inédite).

M. C..., professeur, 40 ans environ, fait appeler auprès de lui, le 24 février 1887, M. le docteur Gallois, pour une grippe avec congestion pulmonaire. La fièvre et les accidents sont peu accentués ; le 4 avril, le malade est guéri et part en vacances. Pendant ces vacances, en montant à l'échelle pour tailler des arbres, M. C... ressent subitement une douleur dans le côté droit, au niveau de la fosse iliaque.

Le médecin de l'endroit appelé, diagnostique une typhlite, d'après les phénomènes de constipation antérieure, le mode de début des accidents, la localisation de la douleur. M. le docteur Gallois, appelé le 8 mai, trouva le malade cachectisé avec de l'œdème des jambes. Localement, il existe un empâtement diffus dans la fosse iliaque droite et des douleurs à ce niveau. On prescrit des pilules d'iodoforme et des reconstituants.

Les jours suivants, il survient peu à peu, au niveau de l'empâtement, de la rougeur et de la fluctuation qui remontent à droite au-dessus de l'ombilic.

A ce moment, 1^{er} juin, M. Gallois opère sous le chloroforme. Une incision, au point le plus saillant au niveau de l'ombilic, donne issue à une ou deux cuillerées à bouche, environ de liquide séropurulent renfermant des grumeaux. Le doigt introduit dans la poche ainsi ouverte, pénètre dans un trajet se dirigeant vers l'épine iliaque. Une deuxième incision est faite au niveau de

l'extrémité du doigt, à hauteur de la crête iliaque. L'exploration minutieuse de la poche ne fait reconnaître aucun trajet fistuleux, aucune communication. C'est bien nettement une poche indépendante, située dans l'épaisseur de la paroi. Lavage, drain. Bonnes suites, à part l'incident suivant :

Le 8 juin, le pansement est remplacé par un collodion et le malade ressent au bout de quelques jours une vive douleur hypogastrique médiane, s'irradiant bientôt à la fosse iliaque gauche où elle se localise.

On enlève le collodion, on applique des sangsues au niveau de la fosse iliaque gauche. La guérison survient peu à peu, elle est définitive au 3 juillet.

Le malade, revu depuis, a une tendance à l'éventration au niveau de l'abcès incisé.

IV. — OBSERVATION de Roux (*Revue médicale de la Suisse romande 1890.*)

Au cours d'une intervention chirurgicale pour appendicite, on trouva après incision de la peau, une infiltration franchement purulente et non simplement œdémateuse du muscle transverse qui présentait une coloration verdâtre.

En ouvrant le péritoine, on trouve l'épiploon engorgé, épaissi, friable, accolant le cœcum et la paroi abdominale entre lesquels il était interposé.

Il existe en outre, à distance et indépendamment, un foyer périappendiculaire.

V. — OBSERVATION de Marchand (*Société de Chirurgie,*
3 juillet 1895.)

Présentation de l'appendice cœcal, d'une malade souffrant depuis environ 6 mois. Femme de 39 ans — 2 enfants — Bonne santé antérieure, pas d'antécédents morbides. Un jour elle a ressenti des douleurs très vives dans la région hépatique. Un médecin crut à une colique hépatique dont on trouvait tous les symptômes.

L'accès passé, toute la région du flanc droit reste très endolorie, bientôt la malade ressent dans la région, s'étendant du bord inférieur des fausses côtes droites, à la fosse iliaque, des douleurs à type névralgique qui ne cèdent plus. Elle dut s'aliter, maigrit beaucoup, s'alimentant mal et minée par des souffrances continues.

Un accident survenu deux mois après le début de l'affection fit songer à une pelvipéritonite suppurée : elle évacua par le vagin une quantité de pus assez notable.

Bientôt, le malade présenta de la toux et une pleurésie droite qui persista assez longtemps et fut l'objet de ponctions exploratrices qui démontrèrent la réalité de l'épanchement. A ce moment, la malade est amenée à Paris. La malade est très affaiblie, presque cachectique, mais toutefois très nerveuse, se plaignant constamment du ventre et réclamant une intervention.

On constate une sensibilité excessive du flanc et de la fosse iliaque droite. Toute cette région est occupée par une induration qui suit la direction du colon ascendant pour se perdre au niveau du foie. La fosse iliaque est tendre, présentant pourtant un certain degré de sou-

plesse. On note tous les soirs une légère ascension thermique, l'appétit est nul.

M. Marchand, d'accord avec son collègue de province, pose le diagnostic d'appendicite compliquée de péricolite avec suppuration enkystée probable, car l'examen attentif de l'appareil génital profond, fait rejeter l'idée d'affection génito pelvienne. L'utérus est mobile, les culs de sacs sont libres et les annexes droites, très bien isolées pendant l'examen sous le chloroforme.

Opération. — Incision partant latéralement de la partie moyenne du flanc droit et descendant sur la paroi abdominale dans la direction du milieu de l'arcade crurale. Au-dessous de l'aponévrose de l'oblique externe, tout à fait à la partie supérieure de l'incision, on constate une altération étendue, d'origine inflammatoire, des muscles petit oblique et transverse. Vers la partie inférieure de l'incision, ces deux muscles reprennent à peu près leurs caractères nouveaux. Au niveau du point où l'on constate le maximum d'altération musculaire, on tombe sur un foyer purulent très ancien, circonscrit par une épaisse membrane fongueuse et lardacée, reposant sur le péritoine. La cavité contient environ 60 gr. de pus très épaissi et grumeleux.

Après désinfection soignée de ce foyer. Ouverture du péritoine.

On tombe sur un foyer de vieille péritonite adhérente fixant le côlon aux parties voisines et remontant jusqu'à la face supérieure du foie.

On dissocie difficilement les fausses membranes déjà résistantes pour dégager le côlon ascendant dans toute son étendue.

“Pendant ce décollement attentif, pas de trace de pus ; du côté du cœcum les adhérences sont plus lâches, il est facilement libérable et attiré hors de la plaie.

En l'examinant, on constate que l'appendice est replié sur lui-même, adhérent à la face postéro interne, de plus, coudé à angle aigu à son origine, il renferme un corps pierreux, de la grosseur d'une cerise. Il est réséqué.

Réunion partielle de la plaie, tamponnement — guérison sans incident, pas de douleur par la suite.

Toutes les observations précédentes offrent une série de traits communs que nous désirons mettre en relief.

Dans toutes, la nature des troubles abdominaux n'ont laissé aucun doute à des médecins instruits : douleur brusque au début, constipation, empâtement de la fosse iliaque, boudin cœcal, ont permis de porter avec précision le diagnostic de pérityphlite.

Dans toutes également, les phénomènes intestinaux se sont amendés lentement et ont marché vers la guérison ou tout au moins vers le silence, grâce à l'emploi de purs moyens médicaux, et pourtant dans les observations I, III et VI, nous voyons persister des troubles généraux, une tendance à la cachexie qui témoigne d'un état infectieux latent.

Plus ou moins longtemps après le début de

l'affection, 1 mois, 2 mois et plus, la fièvre se réveille et des symptômes précis apparaissent : c'est une tuméfaction mal délimitée, plus ou moins étendue, n'offrant à l'observation aucune particularité assez nette pour permettre d'en préciser le diagnostic. Seul M. Gallois, dans son deuxième cas, peut profiter des enseignements du premier pour conduire à un abcès de la paroi.

Ces abcès ouverts par le chirurgien présentent des caractères identiques dans leur paroi et leur contenu : le pus est séreux, mal lié, grumeleux, non franchement phlegmonneux, non fécaloïde ; la paroi est inégale, sclérosée, nulle part elle ne présente de solution de continuité vers la cavité péritéonale, nulle part de communication avec un abcès plus profond, toujours la collection est franchement limitée à l'épaisseur de la paroi abdominale.

Enfin, dans un cas, la confirmation opératoire du diagnostic posé au début des accidents a été faite ; après l'ouverture de l'abcès entièrement indépendant de la paroi, M. Marchand, ayant ouvert le péritoine, a pu constater la réalité d'une péritiphite qui avait laissé d'irréfutables traces de son évolution sur le péritoine épaissi, englobant le cœcum et le colon ascendant d'une véritable coque néomembraneuse marquant une in-

fection diffuse irradiée de l'appendice dans toute la région qui l'entourait.

Nous sommes, grâce à l'analyse que nous venons de faire, en mesure de tenter maintenant une étude raisonnée des abcès à distance de la paroi.

Ces abcès se présentent, non dans les formes aiguës de la pérityphlite, mais, au contraire, dans les formes subaiguës et chroniques, dans celles précisément où le traitement uniquement médical est classiquement suffisant.

Ils ne suivent pas immédiatement les accidents intestinaux, mais apparaissent quelque temps après que l'orage de l'appendicite s'est calmé, de telle sorte que, de prime abord, le lien qui les rattache à l'infection intestinale n'apparaît pas.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous examinerons leurs différents caractères. Leur siège est variable, bien qu'il ne dépasse guère les limites de la paroi abdominale ; on peut les trouver au niveau même de la fosse iliaque droite, on les a vus aussi se développer plus loin, à hauteur et au-dessus de l'ombilic, à la pointe de l'apophyse xyphoïde, dans la gaine des muscles droits, près de la ligne médiane, enfin dans la région costale inférieure où leur situation pouvait faire présumer une lésion osseuse.

Le plus souvent on ne trouve qu'un abcès, parfois deux ; on conçoit aisément qu'ils puissent exister en plus grand nombre.

Le volume de la collection n'a rien de fixe ; tantôt elle contient à peine quelques cuillerées de pus, logerait un œuf de pigeon, tantôt elle s'étend en surface allant de l'ombilic à la crête iliaque (Obs. I).

Sous le rapport de la forme, ces abcès n'obéissent à aucune règle fixe. Parfois, ils offrent une cavité arrondie régulière, parfois ils s'étalent en nappe et présentent deux foyers réunis par un défilé, parfois ils suivent la direction des plans où ils naissent, s'allongeant verticalement dans la gaine des muscles droits, affectant l'allure d'une poche ovoïde parallèle à la direction des côtes au niveau du thorax.

Généralement la cavité est plus petite qu'il ne semblerait à l'examen de la tuméfaction pariétale ; elle est enveloppée d'une paroi lardacée, sclérosée, zone inflammatoire diffuse qu'on retrouve dans la plupart des suppurations lentes.

Le pus est également de ces suppurations ; ce n'est pas le pus jaunâtre ou verdâtre, franchement phlegmonneux, mais un pus séreux et grumeleux, mal lié ou sans odeur fécaloïde, en tout cas ne contenant jamais de débris stercoraux.

Dans un cas l'examen bactériologique a révélé l'existence du colibacille. La poche ne communique pas avec la cavité péritonéale ; elle en est même séparée par une zone de tissu lardacé, épais, d'origine inflammatoire, que le bistouri a peine à fendre avant d'ouvrir le ventre.

Profondément, du côté du péritoine, cette zone répond à une grande péritonite plastique qui fusionne en quelque sorte la paroi et les viscères par une sorte de symphyse péritonéale et isole le cæcum de la grande cavité adjacente en même temps qu'il étend ses connexions avec la paroi.

Ces abcès ont un début essentiellement insidieux ; une attaque d'appendicite a eu lieu plus ou moins violente, isolée ou répétée ; elle a évolué vers la guérison, les symptômes locaux se sont atténués, l'empâtement de la fosse iliaque a diminué, l'état général du malade seul n'est pas aussi satisfaisant, pourtant la guérison définitive ne paraît pas douteuse, quand on voit apparaître après une échéance dont la durée ne peut être fixée, mais qui s'étend de 1 mois à 3 mois, une fièvre peu vive, de l'anorexie, de la fatigue et bientôt une tuméfaction de la paroi abdominale, d'abord diffuse, sans rougeur de la peau, mieux circonscrite.

Cette tuméfaction, d'abord dure et mal limitée,

de siège profond, tend à pointer au dehors et on peut y reconnaître une fluctuation plus ou moins nette : l'abcès de la paroi s'est formé.

Son évolution s'accompagne de tous les phénomènes des suppurations chroniques ; la fièvre n'est pas vive, le thermomètre n'atteint guère que 38° à 38°5 le soir, la douleur existe, mais n'affecte pas un caractère lancinant, l'état général est plus ou moins atteint suivant l'importance de la collection ; on note de la pâleur, de l'amaigrissement, de l'anorexie, parfois une véritable cachexie avec œdème des jambes comme dans le cas de Gallois.

Livré à lui même, cet abcès tend à s'ouvrir au dehors ; pourtant cette terminaison est lente à se faire spontanément et le plus souvent le chirurgien intervient ; la collection une fois ouverte, vidée et aseptisée, la guérison locale se fait rapidement, tandis que l'état général se relève. Quelques observations anciennes rapportées plus loin nous poussent à admettre que la résolution spontanée peut se faire.

Le pronostic ne paraît donc pas très sombre ; il nous semble difficile, en l'absence de faits précis, de l'établir dans les cas où l'intervention fait défaut.

Le diagnostic peut donner lieu à de grandes

difficultés surtout quand les antécédents du malade ne sont pas connus et que l'abcès survient longtemps après les manifestations intestinales dont il découle.

Souvent, quand il siège à la région iliaque droite, on le prend pour un abcès profond en rapport avec l'appendice même et rien ne permet de prévoir son indépendance à l'égard de la lésion originelle.

Quand il naît en un point éloigné de la fosse iliaque, l'erreur inverse est commise et on perd de vue l'appendice.

On peut alors penser à un kyste hydatique, par exemple, comme le rapporte Gallois, ou à un abcès froid costal dans un cas analogue à celui de Tuffier.

Il est presque impossible, quand la collection paraît être en rapport avec un os, une côte, l'appendice xyphoïde, comme dans les observations rapportées plus haut, de ne pas rapprocher de ce fait la lenteur de son évolution, la consistance dure qu'elle présente avant de se ramollir et de ne pas conclure à une tuberculose osseuse.

En tous cas, le médecin averti de la possibilité de cas semblables, est moins exposé à une erreur dont l'inconvénient le plus grave serait de retarder l'intervention.

Rapprochant maintenant les faits cliniques des faits anatomiques, nous pouvons concevoir par quel processus se forment les abcès de la paroi abdominale au cours de l'appendicite.

L'infection appendiculaire en est le premier terme. Cette infection subaiguë ou chronique dans toutes les observations que nous avons recueillies, retentit sur le péritoine à la manière de toutes les infections subaiguës : elle crée une péritonite plastique qui rattache à l'organe malade par des liens nombreux et étroits la paroi abdominale.

Dans ces liens, dans ces fausses membranes, s'établissent bientôt des voies anastomotiques vasculaires, veineuses et lymphatiques, nombreuses, qui relient la circulation viscérale et la circulation pariétale et sont autant de voies ouvertes à l'agent infectieux pour émigrer de son centre primitif vers la paroi saine.

Au niveau de cette paroi en un point plus ou moins proche du cœcum, il colonise à nouveau et amène des phénomènes inflammatoires qui évoluent sur un mode identique à ceux du péritoine, c'est-à-dire d'une façon chronique, créant une sclérose étendue qui enveloppe un foyer de suppuration presque froide.

Cette manière de voir, outre qu'elle répond exactement à la réalité anatomique, nous semble

s'adapter parfaitement et aux circonstances où l'on observe les abcès de la paroi et à l'apparition tardive de ceux-ci et à leur évolution lente.

Nous trouvons d'ailleurs des exemples tout à fait comparables dans la péritonite d'origine génitale liée aux lésions salpingiennes : là aussi, quand la salpingite subaiguë s'accompagne de la péritonite plastique diffuse, on observe parfois des abcès de la paroi indépendants de la lésion primitive, à marche chronique, que nous pouvons rapprocher de ceux que nous venons de décrire. (1)

Ce n'est pas là la seule comparaison que nous

(1) *Observation de Marchand.* — Malade, 18 ans, Pelvipéritonite d'origine puerpérale. État cachectique.

Après quelques mois de traitement médical, elle accuse une douleur vive à l'hypogastre et présente une tuméfaction sous-ombilicale, d'abord dure, puis fluctuante. Le toucher vaginal montre des lésions annexielles étendues. Laparatomie juillet 1895. L'incision ouvre une poche contenant 150 grammes environ de pus mal lié. L'exploration de la cavité montre qu'il s'agit d'un abcès de la paroi sans aucune communication péritonéale. Lavage, drainage, guérison rapide. Mais les douleurs persistent dans le bas-ventre, ainsi que les signes physiques d'une salpingite double.

Cette lésion a nécessité au mois d'octobre une hystérectomie vaginale faite par M. Péan.

imposent les faits sur lesquels nous venons de nous étendre.

Une analogie très nette nous semble exister entre eux et les anciens *phlegmons hypogastriques* : nous ne pouvons mieux faire pour en rendre compte que de reproduire ici quelques observations anciennes que nous avons recueillies dans diverses thèses, et en particulier dans celle de M. Bouilly.

VI. — *Observation de Vaussy* (Th. de Bouilly, 1880, agrégation).

G. Chaplin, 11 ans, bien guéri depuis quelques semaines d'une bronchite d'abord, suspecter est pris tout à coup de malaises avec fièvre et inappétence, en même temps que d'une douleur extrêmement vive dans la région hypogastrique. Cette douleur augmente au moindre effort, à la toux, à l'inspiration ; elle est bientôt généralisée à tout l'abdomen, Au bout de deux jours le ventre est dur et volumineux dans toute la région sous-ombilicale.

A ce moment, 16 octobre, entrée à l'hôpital, malaise, fièvre, la tumeur s'étend de l'ombilic au pubis, dépassant la ligne médiane à gauche de 5^{cm} et s'étendant à droite jusqu'à la crête iliaque d'une part, et jusqu'au ligament de Fallope d'autre part. La tumeur est dure, rénitente, peut-être fluctuante, mais très douloureuse. Rien au toucher rectal ; le cathétérisme fait reconnaître que la vessie n'est pas en cause. Deux selles diarrhéiques.

On diagnostique phlegmon de la paroi antérieure de l'abdomen sans cause.

Le 18, la douleur hypogastrique persiste, la tumeur paraît fluctuante et présente un point rouge du diamètre d'une pièce de 50 centimes sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'ombilic. Le lendemain ouverture au bistouri. Il sort une énorme quantité de pus mal lié, mêlé d'un peu de sang très fétide, mais toutefois sans odeur stercorale.

Un stylet pénètre perpendiculairement à 4 centimètres mais n'avance obliquement ni en bas, ni latéralement.

Amélioration les jours suivants.

Le 30, l'abdomen est souple à gauche, un peu résistant au doigt au niveau de la ligne blanche, avec empâtement et douleur à la pression à portée de l'ombilic.

Le 12 novembre, guérison complète.

VII. — *Observation de Labuse* (Th. de Bouilly). Deux mois après, blennorrhagie guérie, coliques violentes sans diarrhée. Développement d'une tumeur prévésicale semblant faire partie de la paroi. Fluctuation. Incision : pus de bonne nature, guérison en 15 jours.

VIII. — *Observation de Mauquet de Lamotte* (Th. de Bouilly).

Jeune soldat. Douleur vive et empâtement occupant la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique du côté droit. 10 jours après suppuration, paraissant siéger dans la paroi. Ouverture. Guérison en 8 ou 10 jours.

IX. — *Observation de Gérardin* (Th. de Bouilly).

Depuis longtemps troubles digestifs, coliques, développement d'un phlegmon prévésical avec saillie rectale. Guérison par ouverture dans le rectum par où s'écoule deux cuillerées à bouche environ de liquide de mucopurulent.

X. — *Observation de Gérardin* (Th. de Bouilly).

S..., 13 ans. Antécédents éloignés, dysenterie grave. Depuis trois ans, accès passagers de colique et violents. Le 16 novembre 1878, il est pris d'un nouvel accès cédant à l'ipéca et le laissant fatigué et fiévreux. Le 17, les douleurs se localisent dans le bas-ventre s'exacerbant après la miction, 1 selle. Le 18, mêmes douleurs, 5 selles glaireuses. Les 3 jours suivants les douleurs se calment ainsi que la fièvre.

Le 29, M. Brouardel examinant le malade pour la troisième fois, trouve à la palpation de l'abdomen, une grosseur dans la région hypogastrique, plus nettement limitée à droite, globuleuse, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 2 décembre, le toucher rectal pratique fait sentir au-dessus de la prostale une tumeur dure, régulièrement arrondie, se prolongeant plus à droite qu'à gauche et dont le doigt ne peut atteindre les limites. Jusqu'au 10, assez bon état général, les douleurs et la tumeur diminuent. Du 15 au 20 réapparition des douleurs et la tumeur diminuent. Du 15 au 20 réapparition des douleurs et de la fièvre.

Nouvelle amélioration définitive. Le 6 janvier la tu-

meur rectale à disparu et le 17 la tumeur abdominale n'est presque plus perceptible.

Guérison rapide.

XI — *Observation* (Th. de Vaussy, Paris 1875).

Douleur dans la fosse iliaque à deux reprises, phlegmon consécutif dans la paroi abdominale dont l'incision donne un pus homogène, peu fétide, l'exploration au stylet montre que l'abcès est formé de deux poches, l'une sous-cutanée, l'autre sous-musculaire.

Guérison au bout d'un mois après une rechute.

XII. — *Observation* (Th. de Bouilly).

Jeune soldat. Constipation. Le 27 août vive douleur hypogastrique. Purgatif. Expulsion de vers par vomissements et par selles. Douleur à la pression dans le flanc droit et l'hypogastre. Le 4 septembre empatement diffus localisé dans la région hypogastrique, mouvement fébrile pendant plusieurs jours. Guérison par résolution du 15 septembre au 1^{er} octobre.

XIII. — *Observation de Castane da y Campos* (Th. de Bouilly).

Douleurs abdominales depuis 6 semaines. Vomissements. Développement d'un phlegmon prévésical, guérison par résolution en moins d'un mois.

Dans ces observations, nous retrouvons tous les caractères que nous avons attribués d'après des exemples plus précis aux abcès à distance de la paroi abdominale. Elles nous ont paru si exac-

tement superposables à celles que nous avons rapportées au début de ce paragraphe, que nous n'avons pas hésité à y puiser les éléments d'une description clinique plus complète.

En effet dans ces faits anciens et mystérieux, nous retrouvons à l'origine des troubles intestinaux identiques, une douleur siégeant à droite, accompagnée de constipation et de troubles généraux qu'on ne peut rapporter qu'à l'appendicite; plus tard des abcès se développent dans la paroi avec une même évolution lente et comme nos abcès à distance ils présentent un siège si variable qu'à une époque où les localisations anatomiques semblaient prédominer toute autre considération, on a longtemps disputé et sans résultat pour attribuer à ces collections une situation toujours identique.

On connaît les conclusions de Bouilly, qui en faisait toujours des phlegmons de la cavité prévésicale. Pour nous plus dégagés, grâce aux données pathogéniques modernes, de la domination des pures notions anatomiques, nous n'hésitons pas à affirmer les localisations moins étroites de ces collections et nous tendrions à y reconnaître simplement les abcès à distance de siège variable que nous venons de décrire, si la connaissance de phlegmons d'un autre ordre également liés à l'ap-

pendicite ne nous obligeait à faire à nos abcès la part moins large.

Il existe en effet dans l'appendicite des phlegmons de la cavité de Retzius analogues à ceux que décrivait Bouilly, et ces phlegmons dans les observations que nous en possédons, sont en rapport avec une situation anormale de l'appendice adhérent à la paroi abdominale : ce sont des phlegmons juxta appendiculaires et non des phlegmons à distance. Ils ne rentrent donc pas dans notre sujet, mais comme ils nous paraissent répondre à une certaine catégorie des anciens phlegmons hypogastriques, l'occasion s'offre trop belle à nous pour que nous la repoussions d'éclaircir du même coup un coin de la pathogénie de ces derniers (1).

Nous possédons sur le compte de cette nouvelle catégorie de phlgmons, un certain nombre d'observations nettes qu'il convient de rapporter ici.

(1) M. Tuffier, dans une clinique de l'hôpital Beaujon, rapportant un fait sur lequel nous nous appuyons, a déjà signalé le rôle probable de l'appendice, dans les suppurations de la cavité de Retzius, en rappelant combien fréquemment dans les observations anciennes qui les concernent, les troubles digestifs ont précédé l'apparition de la collection purulente.

XIV. — *Observation de Tuffier* (Société de chirurgie, 1894).

Abcès ombilical ouvert où l'on trouve l'extrémité de l'appendice attiré par traction du grand épiploon.

XV. — *Observation de Tuffier* (Clinique de l'hôpital Beaujon, décembre 1894).

Jeune homme de 17 ans, entré le 8 août 1893, pour une tuméfaction subaiguë localisée à la région sus-pubienne médiane.

L'affection avait débuté un mois auparavant par des douleurs accompagnées bientôt d'une tuméfaction, pour acquérir peu à peu les dimensions actuelles.

Depuis trois années, le malade ressentait à intervalles variables, un endolorissement vague dans la fosse iliaque droite. Cet état douloureux permanent était entrecoupé d'accès de constipation avec exagérations des douleurs auxquelles faisaient suite de véritables débâcles.

Ces crises se sont rapprochées peu à peu au point d'altérer l'état général : pourtant il continue son travail de sculpture sur bois et suit un traitement médical dont les purgatifs et le régime font les frais.

Amélioration pendant quelques mois. En octobre 1892 nouvelle crise, puis en juillet 1893, accès fébrile. Douleur plus vive et mieux localisée à la fosse iliaque droite, s'irradiant à la partie antérieure de la cuisse. État douloureux presque continue.

A l'entrée faciès péritonéal, langue saburrale, inappétence, pouls fréquent, petit, température 38°,5. Ventre plat et souple dans sa partie supérieure, mais tumeur arrondie exactement médiane, remontant à deux travers

de doigt au-dessous de l'ombilic, s'étendant latéralement jusqu'aux limites des muscles droits pour se perdre en bas derrière le pubis. Matité. Apparence de vessie distendue. La tension des muscles droits et le prolongement rétropubien, permettent de localiser la tumeur derrière la paroi. Le toucher rectal fait reconnaître que la tumeur descend très bas derrière le pubis, elle refoule le rectum mais la prostate et la vessie sont intactes.

Diagnostic : Abscess prévésical d'origine appendiculaire.

Opération : 10 août 1893. Incision médiane de 8 centimètres qui conduit à travers les muscles sclérosés sur une collection purulente de l'espace prévésical. Le doigt introduit dans la cavité reconnaît un prolongement se dirigeant vers la limite interne de la fosse iliaque droite; on ne détruit pas les adhérences existant à ce niveau, et on tamponne. Le surlendemain écoulement de matières stercocales venant de la fosse iliaque par le drain.

Amélioration rapide de l'état général et local, mais persistance d'une fistule dont le trajet se dirige vers la fosse iliaque droite et qui oblige le 23 décembre à pratiquer un débridement qui conduit sur l'appendice perforé. Résection de l'appendice. Guérison rapide.

XVI. — *Observation de Brun* (Société de chirurgie, 17 juillet 1895).

Dans un cas d'appendicite à rechute opéré à froid, on trouve l'appendice fixé par son extrémité à la paroi abdominale à une masse épiploïque, par des adhérences solides. Au centre de la petite tumeur ainsi constituée, il

existe une petite quantité de pus, reliquat évident de crises antérieures.

XVII. — *Observation de Schwartz* (Société de chirurgie, 25 juillet 1894).

Appendicite à rechute, 3 abcès sous-ombilicaux successifs. A l'autopsie, on trouve l'appendice adhérent à la paroi par son extrémité effilée, pas de mésoappendice. A la première atteinte, il y avait eu issue de matières fécales par ouverture de l'abcès.

XVIII. — *Observation de Fisher*, rapportée par Schwartz (Société de chirurgie, 25 juillet 1894).

Abcès ombilical s'abouchant avec l'appendice.

XIX. — *Observation de Gërster* (id.)

Deux cas d'abcès appendiculaires situés en arrière du grand droit.

Un cas où un abcès appendiculaire de la cavité de Retzius a provoqué des crises vésicales.

XX. — *Observation de Monod* (Société de chirurgie, juillet 1894).

Appendicite suppurée chez un enfant, foyer médiané probablement dans la cavité de Retzius.

De ces observations modernes, nous rapprochons les observations anciennes certainement analogues, mais où le rapport avec l'appendice n'est pas constaté.

XXI. — *Observation de Rendu* (Th. de Bouilly, 1880).

Marie P..., 8 ans. Vers la fin de juin, douleurs abdominales vives, vomissements. Marche encore pendant

quelques jours, mais péniblement, puis fièvre : on songe à typhoïde ou péritonite.

Vers la fin de juillet une tumeur se collecte au-devant de l'abdomen soulevant la paroi autour de l'ombilic. Les jours suivants, l'abcès s'accroît, la peau rougit et s'enflamme. Le 8 août, ouverture spontanée et issue d'une grande quantité de pus très fétide dans le vagin, en même temps la tumeur abdominale s'affaïsse.

Quelques jours plus tard, deuxième ouverture vers l'ombilic qui reste fistuleux.

La malade entre à l'hôpital le 26 août. La fistule ombilicale est constituée par trois pertuis punctiformes d'où sort un pus verdâtre, crémeux, très fétide. Tout autour, à environ 15 centimètres, empâtement circulaire.

Sur toute l'étendue de la tumeur rénitente, matité complète circonscrite en haut par la sonorité intestinale, ce qui semble indiquer que la tumeur ne vient ni du foie, ni de la rate : le palper et l'ébranlement en masse montrent qu'elle est adhérente à la paroi. On ne peut guère la rapporter à une péritonite enkystée, l'état général était bon et le reste du ventre souple.

Les fistules se cicatrisent peu à peu.

Le 23 octobre, la guérison est complète, les fistules sont fermées.

XXII. — *Observation de Villiers* (Th. de Nancy, 1885).

Malade, 37 ans, atteint de troubles digestifs, d'inappétence, vomissements en juillet 1879. Soigné par vomitifs et purgatifs. Pendant cette maladie, douleur subite dans

le bas-ventre durant 5 heures : au bout de 15 jours amélioration, douleur revenant de temps en temps.

En septembre 1880, grosseur dans le bas-ventre, douleur. Traitement médical.

En avril 1881 même état, puis écoulement de pus par l'ombilic. Amélioration des douleurs, mais pendant deux ans, l'écoulement de pus continue par intermittences.

Vers la fin de 1883, l'écoulement devient plus abondant et prend une odeur fétide.

En juin 1884, le professeur Gross, consulté, trouve une tumeur dans la région hypogastrique, ressemblant à la vessie distendue. Endolorissement de la région, la fistule ombilicale donne un pus d'une fétidité repoussante. On dilate le trajet, on draine. Légère amélioration, mais la fistule persiste par la suite, et la malade sonde le trajet de temps en temps elle-même.

XXIII. — *Observation* (Th. de Bouilly, 1880).

Contusion de l'abdomen. Colique intense dans l'hypogastre s'irradiant aux fosses iliaques. Phlegmon dans la paroi abdominale antérieure. Suppuration prolongée, fistules persistantes, débridées longtemps après par Chassaignac, au moyen de l'écraseur linéaire. Guérison.

XXIV. — *Observation de Siredey* (Th. de Vaussy, Paris, 1875).

Jeune fille 16 ans 1/2. Bonne santé antérieure.

Entrée à l'hôpital Lariboisière, 27 octobre 1875 ; il y a quatre mois, il y a eu des vomissements, de la diarrhée, des douleurs très vives dans la région hypogastrique,

suivis d'apparition d'une tumeur très douloureuse à la pression dans la fosse iliaque droite.

Cette tumeur augmente pendant deux mois, ainsi que les douleurs. Fièvre, inappétence, altération de l'état général.

A l'entrée, la tumeur paraît fluctuante. On fait deux incisions à 1 centimètre l'une de l'autre, parallèlement au ligament de Fallope. La dernière donne issue à 1 demi litre environ de pus. Drain. Quelques jours après, survient au-dessous de l'ombilic une petite plaque rouge, sur une tumeur du volume d'une cerise. Ouverture spontanée le lendemain, et issue d'une certaine quantité de pus. L'écoulement continue pendant un mois par les deux orifices, puis cicatrisation et bon état général pendant quinze jours, quoique l'induration persiste dans la fosse iliaque droite.

Réapparition d'une collection s'ouvrant par la plaie inférieure et par la suite persistance de fistules purulentes qui sont presque fermées vers le 11 décembre.

Ces observations nous montrent que les phlegmons de la paroi dûs à une situation anormale de l'appendice enflammé, diffèrent des phlegmons à distance, décrits plus haut, par plusieurs caractères :

D'abord leur localisation anatomique plus constante quoique non permanente dans la cavité de Retzius, les rapproche des phlegmons prévésicaux sur lesquels insiste Bouilly.

Ensuite les caractères du pus qu'ils contien-

rent et qui est franchement fécaloïde, les différencie par une particularité précise des abcès à distance. Enfin, l'insuffisance de l'incision simple pour amener leur guérison, et la nécessité précoce ou tardive de recourir à l'ablation de l'appendice en rapport intime avec leur poche pour les empêcher de rester fistuleux les sépare également de nos abcès.

En effet, les faits anciens nous montrent que les trajets fistuleux succédant à l'ouverture spontanée de ces collections peuvent persister très longtemps, créant pour les malades une véritable infirmité et une menace permanente de nouveaux accidents. (Obs. XXII).

Mais si la connaissance de cette dernière forme de phlegmon, en ce qui concerne étroitement notre sujet, nous a permis de préciser le processus des suppurations de la paroi liées à l'appendicite et d'en fixer les mécanismes et les particularités variables, quelle plus vive lumière encore elle jette sur l'histoire et la pathogénie des phlegmons hypogastriques !

Après avoir exposé ce qui précède, nous nous croyons en droit, en effet, de dire que tous les faits qui contribuaient à former cette ancienne entité clinique doivent être déclassés.

Nous avons montré comment les uns apparte-

naient à l'appendicite, constituant tantôt le phlegmon juxta-appendiculaire très souvent prévésical, tantôt des abcès à distance. Nous avons signalé en note (page 66) un fait qu'on pourrait dénommer phlegmon hypogastrique ou aussi bien phlegmon à distance de la paroi abdominale dans la salpingite, éventualité d'ailleurs classique. Il nous suffira de dire que souvent les infections visicales créent le phlegmon de la cavité de Retzius, pour faire apprécier quels liens fragiles reliaient entre eux les différents éléments de l'ancien phlegmon hypogastrique qui ne répondent ni à la même étiologie, ni au même mécanisme pathogénique.

Nous ajouterons qu'ils ne répondent pas non plus à la même localisation anatomique et nous croyons en avoir donné trop surabondamment la preuve pour qu'il nous semble nécessaire d'insister sur ce point.

Il nous est permis de conclure maintenant de l'ensemble de ce paragraphe :

1° On observe des abcès à distance dans la paroi abdominale au cours de l'appendicite.

2° Ces abcès sont de siège variable.

3° Ces abcès ont une évolution clinique lente répondant à une inflammation chronique diffuse au point de vue anatomo-pathologique.

4° On observe ces abcès dans les formes subaiguës de

l'appendicite quelques temps après une ou plusieurs poussées du côté de l'appendice.

5° Il faut les distinguer soigneusement des abcès pariétaux créés par la situation anormale de l'appendice en contact avec un point de la paroi abdominale à laquelle il adhère.

Ces derniers abcès sont des abcès juxta-appendiculaires et non des abcès à distance.-- Ils siègent souvent dans la cavité prévésicale, présentent un contenu fécaloïde et affectent après l'ouverture simple une marche différente de celle des abcès à distance : ils ne guérissent le plus souvent, qu'après ablation de l'appendice.

6° Ces deux catégories d'abcès pariétaux de l'appendicite rentrent dans l'ancien cadre du phlegmon hypogastrique que la connaissance de leur origine contribue à dissocier et répondent à des faits anciennement décrits sous cette rubrique.

CHAPITRE IV

PYLÉPHILÉLITES — ABCÈS DU FOIE

Les abcès du foie d'origine appendiculaire ont pris place officiellement dans l'histoire de l'appendicite depuis la communication si nette et si concluante qu'Achard fit à la Société médicale des hôpitaux (16 nov. 1894).

Depuis cette communication, cette histoire a été reprise dans la thèse de Berthelin (Paris 1895), où nous trouvons réunis tous les faits relatifs aux suppurations hépatiques liés à l'appendice.

N'apportant à leur sujet aucun fait nouveau, et peu d'opinions personnelles, nous serons relativement brefs dans ce paragraphe en dépit du grand intérêt qu'il présente : Nous voulons simplement résumer les traits essentiels de ces abcès hépatiques d'après les documents précédents et quelques autres afin de les mettre à leur rang dans la longue série des suppurations à distance que nous étudions.

En 1879, Ashby mentionne pour la première

fois (Lancet 1^{er} novembre) la coexistence d'une appendicite et d'un abcès du foie et émet l'opinion que la suppuration hépatique est sous la dépendance de l'infection appendiculaire.

En 1883, Gendrin (Th. de Paris, de la pyléphlébite suppurative) pose la question en termes plus nets, et montre le lien qui unit les deux collections périappendiculaires et hépatique, la pyléphlébite.

Bien que depuis cette époque l'attention ait été attirée sur les abcès du foie d'origine appendiculaire, nous trouvons relativement peu de faits précis qui nous renseignent sur leur fréquence. D'après les documents réunis dans la thèse de Berthelin, documents qui embrassent plusieurs statistiques françaises et étrangères d'une égale valeur sur l'étiologie générale des abcès du foie, nous devons conclure que les suppurations qui nous occupent sont rares.

Toutefois un fait étiologique important ressort de ces statistiques et des observations de Berthelin, c'est la fréquence de cette forme d'abcès dans le jeune âge : sur 26 observations, 2 seulement concernent des sujets âgés de 28 ans. C'est là une circonstance qu'on aurait pu supposer a priori, en raison de l'apparition beaucoup plus fréquente de l'appendicite dans l'adolescence qu'à l'âge adulte.

Sur la forme de la lésion appendiculaire qui existe le plus souvent avec le phlegmon hépatique les renseignements sont moins concordants : on a noté l'abcès du foie à la suite du phlegmon avec perforation appendiculaire, on l'a noté aussi à la suite d'appendicites accompagnées de peu de retentissement péritonéal. De l'ensemble des documents il semble même ressortir qu'une simple lésion ulcéralive de l'appendice ou plus simplement encore une modification inflammatoire des parois de ce diverticule sans tendance à la perforation ou à la suppuration, a pu devenir le point de départ d'une infection à distance du foie. En tout cas, quelque soit le processus anatomique de la lésion, c'est dans la forme subaiguë ou chronique de l'appendicite qu'apparaissent, le plus souvent, les complications hépatiques.

Il semblait probable en raison de la variété des circonstances où se manifeste la suppuration du foie, que celle-ci devait être appelée sur l'organe par suite d'une fragilité spéciale congénitale ou acquise, mais là, encore, les prédispositions invoquées sont d'un ordre trop banal ou trop indéterminé pour qu'on doive en tenir grand compte : l'alcoolisme, l'impaludisme, la débilité hépatique marquée par une meiopragie fonctionnelle (Hanot), sont notées quelquefois, mais l'inconstance de

ces causes prédisposantes, paraît singulièrement diminuer l'importance qu'on est en droit de leur attribuer; encore l'insuffisance hépatique fonctionnelle qui est signalée semble-t-elle constituer plutôt au moment où on la constate, c'est-à-dire quand l'attention est attirée sur le foie, un effet de l'infection, qu'une cause efficace de localisation infectieuse dans cet organe.

Les abcès du foie d'origine appendiculaire se présente le plus souvent sous la forme d'abcès aréolaires, à cavité inégale, multiloculée, traversée par des travées de tissus hépatiques altérés, en voie de désorganisation, baignées par la suppuration qui les enveloppe.

Ces abcès sont uniques ou multiples, mais dans ce dernier cas, ils siègent généralement au voisinage l'un de l'autre, dans la zone de distribution d'un même rameau porte.

Leur volume est en raison inverse de leur nombre et aussi en raison de la durée du processus inflammatoire. Certaines collections ont la grosseur d'une cerise, d'autres contiennent jusqu'à deux litres de pus.

Ce pus a des caractères particuliers, ce n'est pas une suppuration franche phlegmoneuse, mais un pus mal lié, grumeleux, contenant des débris de tissu, présentant parfois un aspect noirâtre,

sphacélique et souvent une odeur d'une fétidité extrême. Il est intéressant de remarquer que le pus de ces abcès se rapproche peu des caractères du pus de l'abcès périappendiculaire.

Les rapports de l'abcès varient, tantôt il est et reste central sans tendance à marcher vers la superficie de l'organe — tantôt il est cortical et évolue vers la paroi ou vers le diaphragme. Ce qui est constant dans l'un et l'autre cas, c'est l'orientation de la collection par rapport aux rameaux de la veine-porte : la suppuration se fait dans l'étendue d'un territoire veineux bien déterminé ; dans un groupe de lobules, dans un lobe soumis à l'irrigation d'un même tronc, ou encore dans plusieurs des zones arrosées par les branches de ce tronc. Cette disposition est facile à mettre la lumière par dessections suivant les rameaux-portes.

Du côté de la veine-porte nous trouvons constamment de la pyléphlébite ; dans quelques cas celle-ci se marque par une thrombose veineuse continue depuis le foyer appendiculaire, jusqu'au tronc-porte, dans d'autres on note dans la veine appendiculaire, dans le tronc-porte, dans ses divisions hépatiques, une série de concrétions fibreuses discontinues qui marquent les étapes de la propagation infectieuse, dans d'autres cas, enfin,

la participation de la veine à l'infection qu'elle a transportée est moins nette, et se manifeste uniquement par un épaissement des parois veineuses et de la rougeur de la tunique interne.

Au contraire, les veines sus-hépatiques sont beaucoup plus rarement atteintes, bien que naissant en plein foyer suppuré; une seule fois on a rapporté une thrombose sus-hépatique dans un cas où l'on observait d'autre part des abcès du poumon.

Mais si le foyer suppuré du foie diffuse rarement par les veines sus-hépatiques, il retentit souvent sur la pression périhépatique et crée probablement par voie lymphatique des suppurations périhépatiques touchant le diaphragme et les deux séreuses qui l'enveloppent, plèvre et péritoine; de telle sorte que l'abcès hépatique profond et silencieux peut se masquer sous des collections peu accessibles et plus bruyantes qui en dépendent.

Dans le cours d'une appendicite à forme subaiguë ou chronique, alors que les phénomènes dramatiques du début se sont calmés, que l'empâtement de la fosse iliaque a presque disparu et qu'il ne persiste plus qu'une souffrance locale souvent sourde, vague et même effacée par un ensemble de troubles généraux digestifs et fébriles, l'infection

du foie vient subitement modifier le tableau clinique.

Parfois elle apparaît brusquement, se manifestant par un ensemble de phénomènes qui dénotent l'atteinte grave de l'organisme : la température normale ou oscillante s'élève brusquement à la suite d'un ou de plusieurs frissons, l'anorexie se montre absolue, accompagnée de vomissements, en même temps que la langue se sèche et qu'apparaît une souffrance plus ou moins vive, le plus souvent gravative et diffuse, dans la région hépatique.

Parfois des frissonnements répétés, marquant le début d'accès intermittents à caractère paludique, une accentuation des troubles digestifs existant, des nausées, une teinte subictérique des conjonctives, une coloration acajou des urines qui deviennent plus rares, une simple pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, sont les seuls phénomènes souvent effacés qui appellent le diagnostic du médecin.

Bientôt à ces troubles fonctionnels viendront s'adjoindre des signes physiques d'un caractère plus précis.

Le foie augmente assez rapidement de volume, mais cette augmentation demande à être cherchée dans le cas de petit abcès central où elle est peu

considérable. Si l'abcès est plus superficiel, il devient plus facilement appréciable, soit qu'il vienne soulever la paroi abdominale sous forme de tuméfaction accessible au palper, soit qu'il augmente en haut et en arrière la matité hépatique en pointant vers le thorax.

Il est rare que la rate ne participe pas à cette augmentation du volume du foie ; sa matité augmente parfois énormément, ainsi que l'a signalé Gendron (Th. de Paris, 1883), probablement sous l'influence de la pyléphlébite qui accompagne la suppuration hépatique.

Cette même pyléphlébite peut devenir l'origine de complications péritonéales si elle aboutit à l'oblitération du tronc-porte ; on voit alors se manifester rapidement un épanchement ascitique plus ou moins considérable, qu'accompagne le développement de la circulation collatérale au niveau de la paroi abdominale.

Tandis que s'accusent ces phénomènes, l'état général du malade s'empire rapidement : La fièvre est continue ou rénitente avec exacerbations très considérables—l'anorexie est complète, la langue sèche, rôtie, on observe des vomissements séreux et bilieux et de la constipation — le teint subictérique, les traits tirés, les yeux excavés, les forces anéanties — les urines rares,

foncées, de couleur acajou, contiennent de l'uro-liliné et du pigment rouge-brun, parfois un peu d'albumine.

La gravité de ces symptômes empêche la longue évolution du mal : spontanément l'abcès a peu de tendance à s'ouvrir au dehors ; au contraire l'infection diffuse alentour et l'apparition de nouveaux foyers périhépatiques péritonéaux ou pleureux vient encore compliquer la situation déjà si critique, quand une infection généralisée ne hâte pas la terminaison.

De toutes façons, période de début et d'état, ne dépassent jamais réunies, trois ou quatre semaines, ainsi que l'indique Berthelin, après l'analyse de ses 26 observations.

Le pronostic semble absolument fatal en l'absence d'intervention chirurgicale : celle-ci, pour être efficace, doit-elle encore être précoce et les difficultés du diagnostic ne sont guère faites pour la rendre telle.

Le diagnostic, en effet, est souvent délicat au début : il l'est pour deux raisons : c'est que l'atteinte hépatique ne se précise pas toujours au milieu de la gravité des phénomènes généraux — c'est que le foie mis en cause, on hésite à conclure à une suppuration en l'absence de symptômes physiques — c'est qu'enfin, la notion du rôle de

l'appendice dans les suppurations hépatiques est de date récente et qu'on a tendance à négliger l'orage appendiculaire déjà lointain, dont la connaissance seule peut signaler au début l'évolution suppurative des phénomènes infectieux qu'on observe.

Ce n'est donc que par une critique minutieuse des circonstances et des symptômes qu'on peut reconnaître rapidement une suppuration hépatique d'origine appendiculaire : mais une fois précisée la nature de la lésion, reste encore à fixer son siège. Dans cette localisation le point maximum de la douleur, et la ponction exploratrice, en dehors d'une tuméfaction franchement appréciable, seront les seuls éléments d'une appréciation très délicate.

Ce que nous avons dit de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la marche des abcès du foie de l'appendicite, nous permet maintenant d'en fixer la pathogénie et la valeur au milieu des autres infections à distance.

Une première conséquence découle clairement de l'exposé qui précède : c'est par l'intermédiaire d'une pyléphlébite que l'infection appendiculaire retentit sur le parenchyme hépatique.

La constatation fréquente sinon constante de la pyléphlébite partant de l'appendice, d'une part, la formation de l'abcès hépatique dans l'étendue

d'un territoire veineux-porte, d'autre part; l'analyse enfin du contenu des deux flegmons périappendiculaires et hépatiques forment un faisceau de preuves absolues.

Ce fait n'a rien qui puisse nous étonner; il confirme, au contraire, tout ce qu'on sait de la pathologie intestinale dans ses rapports avec le foie. Il est établi que dans la dysenterie, dans la tuberculose, dans les ulcérations intestinales de quelque ordre qu'elles soient, on observe des abcès du foie, grâce au transport d'un agent infectieux de l'ulcération à l'organe hépatique par l'intermédiaire des radicules de la veine-porte : cet agent infectieux est celui qui a créé la lésion intestinale ou un agent d'infection secondaire.

Ce qui est intéressant à spécifier dans le sujet qui nous occupe, c'est la nature du processus appendiculaire qui donne lieu à la pyléphlébite et à l'abcès du foie. Or, il résulte de ce que nous avons dit au sujet de l'état de l'appendice, qu'il ne s'agit pas toujours d'un processus ulcéreux comparable à l'ulcération intestinale; comment donc pouvons-nous rendre compte alors de l'infection par voie veineuse.

Gendron dit en 1883 : « En somme, ce ne sont pas les ulcérations ni même une destruction plus ou moins profonde des tuniques intestinales qui

déterminent la pyléphlébite : il semble que la condition essentiellement favorable pour qu'elle se développe, est l'existence d'un foyer de suppuration dans les couches celluleuses sous-péritonéales au niveau de rameaux veineux ayant déjà atteint un certain calibre ».

Cette opinion peut être soutenue, nous sommes même en mesure de l'appuyer d'une observation plus récente que nous reproduisons ci-dessous.

Obs. de Southey in thèse de Berthelin : « De la paroi de l'abcès périappendiculaire, se détache une veine présentant un thrombus sur une longueur de deux pouces environ. Cette veine s'ouvrait dans une autre collection de pus, laquelle communiquait avec les origines de la mésentérique ».

Et pourtant en dépit de la précision de cette constatation nous ne pouvons admettre que ce soit là le seul procédé de l'infection veineuse. Il nous faut tenir compte d'autres faits ou manquait la disposition précédente, ou manquait également l'ulcération intestinale. Tels sont les cas de Beynes où l'appendice contenait une épingle recouverte de dépôts phosphatiques et présentait des parois épaissies, sans inflammation de la muqueuse, sans perforation — de Bernheim où la muqueuse était rouge, injectée, non ulcérée, les parois appendiculaires épaissies et l'organe adhé-

rent — les cas enfin où l'appendice rempli de pus, distendu par places, affecte la forme d'un chapelet de petits abcès et présente une muqueuse non ulcérée.

Dans les cas de Beynes, de Bernheim, on peut supposer une lésion ulcération guérie — dans les cas où l'appendice est distendu par le pus, où l'appendicite est dans sa phase active, l'hypothèse d'une cicatrisation est inadmissible.

Mais dans tous ces cas nous constatons par l'exploration au stylet que la cavité de l'appendice est imperméable, qu'elle est obstruée par un corps étranger, par des calculs stercoraux, que la muqueuse d'autre part est rouge, injectée, tomenteuse, ne présentant plus les qualités efficaces de protection pour les tuniques sous-jacentes.

Il y a donc d'une part transformation de l'appendice en cavité close, c'est-à-dire augmentation de pression intraappendiculaire, d'autre part altération et perméabilité de la muqueuse, c'est-à-dire conditions suffisantes pour qu'un germe infectieux pénètre sous pression dans la sous-muqueuse et dans les rameaux veineux. Ne savons-nous pas qu'à travers un épithélium intact, le bacille de Koch passant à travers les tuniques intestinales sans y laisser de traces peut aller infecter le péritoine. (Expériences de Dobroklouski).

Il nous semble donc que si la lésion ulcéralive nette qu'on observe comme condition presque nécessaire de l'infection veineuse dans les autres portions du tube digestif, fait défaut au niveau de l'appendice, elle est suppléée efficacement par des altérations dégénératives d'un autre ordre qui deviennent suffisantes, grâce à une disposition anatomique et physiologique particulières pour permettre cette infection. (Expériences de de Klecki). Voir Bactériologie.

Nous avons insisté sur ce point obscur de pathogénie parce qu'il nous paraît compléter utilement la conception si précise de l'abcès du foie d'origine appendiculaire que nous devons à Berthelin.

Il ne nous reste qu'à poser sur ce point les conclusions suivantes :

1° Il y a des abcès du foie, apparaissant dans l'appendicite.

2° Ces abcès sont rares et n'ont guère été observés, que dans les formes subaiguës de la maladie.

3° Ces abcès se présentent sous la forme d'abcès aréolaires, unique et volumineux ou petits et multiples.

4° Ils se développent toujours autour d'un rameau porte et sont circonscrits à la zone de sa distribution.

Ils sont accompagnés très souvent de pyléphlébitis à point de départ appendiculaire.

5° Ils sont donc dûs à une infection d'origine appendiculaire atteignant le parenchyme hépatique par voie veineuse et marquent la première étape d'une infection générale à laquelle le foie semble opposer une barrière souvent efficace.

CHAPITRE V

SUPPURATIONS PLEUROPULMONAIRES

Obéissant à notre plan primitif qui est d'exposer par organes, sans autre guide que la localisation anatomique les diverses suppurations à distance de l'appendicite, nous réunissons dans un même paragraphe les faits qui concernent le poumon et son enveloppe pleurale, bien que, ainsi que nous le dirons la lésion de l'un n'implique pas nécessairement celle de l'autre.

Nous exposerons successivement ce qui concerne la plèvre et ce qui regarde le poumon.

§ A. — *Pleurésies purulentes à distance dans l'appendicite.*

Jacob, dans sa thèse (Paris 92-93), a réuni un certain nombre d'observations relatives aux rapports de l'infection pleurale et de l'appendicite. Ces observations nous permettent d'évaluer la fréquence et l'importance de cette complication.

Ainsi Wolbrecht, dans sa thèse faite dans le ser-

vice de Gerhardt regarde la pleurésie comme très fréquente, il la note en effet 34 fois sur 89 malades atteints de pérityphlite c'est-à-dire dans 380,0 des cas et affirme qu'on la trouverait plus souvent si on la recherchait mieux. Jacob ne constate qu'une fois un petit épanchement à la suite de la parotomie pour appendicite à rechute.

Mais Terrillon rapporte 3 cas de pleurésie purulente sur 20 cas de pérityphlites.

Jalaguier a dû pratiquer l'empyème à un de ses malades pour pleurésie purulente. Kœrte enfin (Klinische Wochenschrift N. 26 et 27) 1891, dit avoir trouvé 4 pleurésies purulentes sur 24 typhlites et il distingue ces pleurésies purulentes à distance, des pleurésies par perforation du diaphragme.

Cet ensemble de faits nous montre l'importance des complications pleurales dans l'appendicite, leur fréquence relative, et nous incite à en préciser les conditions étiologiques et anatomiques pour les classer à leur rang dans l'étude d'ensemble que nous avons entreprise.

Les pleurésies purulentes peuvent survenir dans toutes les formes de l'appendicite, on les a signalées dans le cours des appendicites à marche rapide, accompagnant même une péritonite généralisée, comme dans les cas rapportés par Monod

à la Société de chirurgie, le 10 juillet 1895. Mais alors elles succèdent à l'effraction dans la plèvre d'une collection péritonéale par perforation du diaphragme et perdent leur valeur de lésion isolée à distance qui nous préoccupe dans ce travail. Les pleurésies purulentes véritablement métastiques, s'observent surtout dans les formes subaiguës ou chroniques de l'appendicite, apparaissent quelque temps après le début de la maladie et accaparent aux dépens de la lésion primitive l'attention du médecin. C'est là un premier point qu'il convient de mettre bien en relief. De plus ces pleurésies siègent toujours à droite ; il suffit de mentionner le fait, dont la situation de l'appendice indique trop bien la précision pour qu'il faille insister.

Quant à la nature de la lésion appendiculaire qu'on observe en même temps que la pleurésie, elle est variable : le plus souvent il s'agit d'une lésion inflammatoire simple, plus rarement perforante, accompagnée ou non de suppuration périappendiculaire, en tout cas d'un gâteau de péritonite plastique plus ou moins étendu.

Ces caractères étiologiques étant fixés il nous faut insister maintenant sur les désordres anatomiques qui nous permettront d'entrevoir les dissimulations des différents cas.

Dans l'abcès pleural de l'appendicite, nous étu-

dierons d'après les faits et sans triage préalable les parois, le contenu et les rapports de l'abcès.

Comme la plupart des pleurésies purulentes, celle qui accompagne l'appendicite est presque toujours enkystée, soit au niveau du diaphragme refoulant la base du poumon, soit dans la grande cavité pleurale. Les parois sont congestionnées, épaissies, tomenteuses et présentent souvent des marques appréciables de lymphangite pleurale. Ces parois limitent une cavité dont la forme et le volume sont variables, on peut trouver de petits foyers, on trouve souvent une vaste collection purulente refoulant le poumon contre le médiastin et le sommet de la cavité thoracique, formée de 1 ou 2 litres de pus.

Le pus de ces empyèmes varie beaucoup, tantôt c'est un pus jaunâtre, verdâtre, épais sans odeur fécaloïde — tantôt un pus noirâtre, contenant des débris stercoraux, exhalant une odeur fétide, franchement fécaloïde.

Comme la nature du contenu, les rapports de la poche diffèrent suivant les circonstances.

La pleurésie purulente peut être indépendante de toute lésion environnante, le diaphragme est intact, non perforé, le poumon ne présente que la zone superficielle de pneumonie corticale qui accompagne nécessairement tout épanchement

pleural; il n'y a pas d'abcès au niveau du foie.

Dans d'autres circonstances presque semblables, le poumon présente une lésion: c'est ou bien une perforation bronchique qui résulte de l'évacuation du pus par vomique; ou bien un abcès du poumon plus ou moins éloigné de l'abcès pleural, relié à lui par une traînée de lymphangite et qu'on peut considérer comme cause ou comme effet de la suppuration pleurale qui l'accompagne.

Parfois une traînée de lymphangite s'accuse au niveau du centre phrénique auquel elle semble relier l'empyème d'une part, tandis qu'elle répond de l'autre à une suppuration hépatique; nous avons signalé la possibilité de cette disposition, à propos des abcès du foie.

Parfois enfin, l'épanchement pleural est relié à un foyer sous-diaphragmatique par une perforation du diaphragme: on observe un véritable abcès en bouton de chemise; nettement la pleurésie purulente n'est plus une lésion isolée, elle devient une lésion consécutive par effraction d'une collection péritonéale dans la plèvre, une complication de celle-ci.

Dans ces derniers cas, le foyer sous-diaphragmatique est lui-même tantôt séparé de l'appendice, c'est un abcès à distance du péritoine comme

ceux que nous avons étudiés au chapitre deuxième ou un abcès hépatique à distance, tantôt relié à l'appendice, constituant l'abcès périappendiculaire lui-même de siège anormal, mais contenant un pus chargé de débris stercoraux.

Dans les pleurésies purulentes par effraction, nous trouvons donc comme dans la plupart des groupes que nous avons étudiés jusqu'ici, le phlegmon juxta appendiculaire, jouant parfois le rôle apparent d'abcès à distance, mais se différenciant de cette forme d'abcès par son contenu fécaloïde et la présence de l'appendice dans la poche.

Ces diverses variétés d'épanchements pleuraux tendent à s'évacuer par vomique et peuvent ainsi marcher vers la guérison ou bien en l'absence d'évacuation, après une évacuation insuffisante de leur contenu, deviennent l'origine d'une septicémie chronique ou d'un pyopneumothorax.

Rien n'est précis dans l'histoire clinique des suppurations pleurales de l'appendicite : comme leur anatomie pathologique, leurs symptômes varient suivant les cas, et on ne peut guère qu'ébaucher des formes cliniques dont le seul fond commun est la présence d'un épanchement purulent thoracique avec ses signes physiques classiques sur lesquels nous n'insisterons pas.

Dans les cas d'infection péritonéale massive ou rapide, péritonite généralisée ou péritonite enkystée à foyers multiples, la pleurésie purulente intervenant, constitue un simple épiphénomène, une manifestation si effacée par la prédominance des symptômes abdominaux que le plus souvent elle n'est découverte qu'à l'autopsie.

Tout différemment elle se comporte quand elle résulte de l'extension à la plèvre par perforation du diaphragme, d'un foyer périappendiculaire de siège élevé: son apparition est alors précoce, survient quelques jours après le début des accidents, ceux-ci ont présenté dans leur marche, quelque chose d'anormal; ils se sont localisés d'emblée dans l'abdomen supérieur, la douleur de la colique appendiculaire a simulé une colique hépatique, la fosse iliaque n'est ni sensible à la pression, ni empâtée, mais on peut bientôt apprécier au niveau de l'hypochondre droit, une tuméfaction diffuse qui fait penser à un phlegmon biliaire, ou à une péritonite localisée liée à une perforation du duodénum ou de l'estomac, quand bientôt les signes fonctionnels, la dyspnée vive, une nouvelle exacerbation thermique, viennent fixer l'attention sur le thorax et y faire apprécier l'existence d'une augmentation de volume du côté droit et de tous les symptômes physiques d'un pyo et souvent

d'un pyopneumothorax. Cet épanchement purulent et gazeux, évolue au milieu des phénomènes graves d'une pleurésie putride, avec de grandes oscillations thermiques, des frissons, de la diarrhée, l'émaciation des traits, le teint terreux du visage et aboutit en quelques jours à la mort ou à une vomique formée de pus noirâtre, horriblement fétide, contenant des débris fécaloïdes.

Cette allure clinique n'est point celle des véritables pleurésies purulentes à distance : nous ne trouvons dans ces dernières ni la marche rapide, ni le contenu gazeux et fécaloïde de l'abcès qui implique la relation du foyer pleural avec la perforation appendiculaire.

C'est quelque temps après l'accalmie du drame appendiculaire qui s'est déroulé en son siège normal, au niveau de la fosse iliaque où persiste un empâtement révélateur, que l'atteinte infectieuse de la plèvre se signale par une rechute de l'état général en train de s'améliorer, par une élévation thermique, par un point de côté et une dyspnée plus ou moins vive.

Dès lors, la sollicitude du médecin se tourne vers le thorax où il constate tous les signes physiques d'un épanchement enkysté de volume variable. En présence d'une élévation thermique moindre et avec oscillations moins accentuées que dans

le cas précédent, en présence d'une gravité moins alarmante des phénomènes généraux, il espère un épanchement séreux et temporise jusqu'à ce que la tendance à la cachexie, l'hecticité, l'apparition d'une vomique ou d'un empyème de nécessité vienne l'éclairer plus ou moins brutalement sur la réalité de la lésion. Le pus évacué n'est pas fécaloïde, il est plus franc, plus louable, et si la voie d'évacuation naturelle ou chirurgicale est bien située et assez large, la guérison tend à se faire rapidement, après la vomique ou l'intervention.

Ainsi : moindre rapidité du début qui survient quelque temps après une attaque d'appendicite nette, moindre rapidité de l'évolution, moindre atteinte de l'état général, absence de gaz et de matières stercorales dans la poche purulente qui tend à guérir après une évacuation suffisante, tels sont les caractères distinctifs de cette variété de pleurésie purulente de l'appendicite.

Le diagnostic de la pleurésie purulente d'origine appendiculaire est souvent entouré de difficultés. Il est relativement aisé dans le dernier mode que nous venons d'étudier, parce que l'attaque appendiculaire ne se confond pas avec l'infection pleurale, qu'un certain intervalle de temps

sépare leur manifestation respective et met ainsi chacune mieux en relief.

Mais combien plus épineux se pose ce diagnostic quand les phénomènes péritonéaux et pleuraux sont confondus dans la manifestation d'une infection massive ; quand la pleurésie succède à un pyothorax sous-pleural à distance du foyer primitif, consécutif parfois à une suppuration hépatique d'origine appendiculaire ; quand par suite du siège élevé de l'appendice, le phlegmon primitif juxta appendiculaire et sous-diaphragmatique d'emblée crée l'infection pleurale par effraction du diaphragme et de la plèvre.

Nous ne pouvons que signaler les écueils à éviter ; rappelons que par une minutieuse analyse clinique, on peut différencier le pyothorax sous-diaphragmatique de la pleurésie purulente — qu'on peut en cas de pleurésie purulente, soupçonner son rapport avec l'appendice. quand à la constatation du pus, on joint celle de la présence des gaz — que l'absence de symptômes antérieurs relatifs à l'estomac, au duodénum et à la vésicule biliaire, devra toujours faire présumer le rôle de l'appendice dans une pleurésie purulente précédée de troubles abdominaux.

La connaissance de tous ces faits pourra certes

éviter beaucoup d'erreurs : nous tenons à signaler qu'il en est d'inévitables : nulle n'est plus frappante que celle de Jalaguier qui, trouvant du pus dans le thorax par la ponction au niveau du 9^{me} espace intercostal, et pensant à une pleurésie purulente à distance de l'appendicite, trouva au cours de son intervention, le pus non dans la cavité pleurale, mais dans le tissu cellulaire sous-séreux, il s'agissait de la propagation d'un foyer lombaire ! (Obs. page 23).

Ce que nous venons de dire de l'anatomie pathologique et des symptômes de la pleurésie purulente dans l'appendicite, nous enseigne à l'évidence que cette pleurésie n'est pas une dans le mécanisme de sa production.

On peut diviser les cas qui se rapportent à cette complication en deux groupes :

La pleurésie *par effraction* et la pleurésie à *distance*.

Le premier de ces groupes ne nous intéresse plus, les pleurésies qui y rentrent ne sont jamais qu'une complication due à l'extension du foyer périappendiculaire ou de foyers à distance que nous avons déjà décrits.

Le second groupe, celui des pleurésies à distance, au contraire, nous apparaît isolé, sans relations apparentes ou appréciables avec l'appen-

dicite, et nous désirons maintenant préciser autant que possible par quelle voie il peut en découler.

Pour l'établir, nous ferons appel à deux ordres de faits d'inégale valeur, mais dont la concordance ne peut nous laisser aucun doute, nous voulons parler des constatations anatomiques et des analyses qui rapprochent les pleurésies d'origine appendiculaire des pleurésies d'origine génitale.

Les constatations anatomiques sont les suivantes : en rapport avec le foyer pleural on observe souvent une lymphangite du feuillet pariétal de la plèvre qui se prolonge sur le centre phrénique et sur le feuillet pariétal du péritoine — d'autre part, le cœcum est adhérent, le péritoine viscéral qui le recouvre est relié par des brides nombreuses de péritonite plastique au feuillet pariétal.

Mettre en regard ces deux faits c'est déjà indiquer l'idée qu'ils font naître, et que nous adoptons : c'est par une lymphangite du feuillet pariétal du péritoine que se propage au niveau du centre phrénique l'infection appendiculaire, qui, à ce niveau, grâce aux riches anastomoses réunissant les lymphatiques des deux séreuses, passera facilement dans les lymphatiques pleuraux et se fixera sur la plèvre — c'est par l'intermédiaire des néomembranes plastiques unissant l'appendice au feuillet pariétal du péritoine que les lymphatiques de celui-ci peuvent recueillir l'agent infectieux grâce aux néoanastomoses lymphatiques.

Ce que nous savons de la pathogénie de la pleurésie purulente dans l'infection puerpérale vient exactement à l'appui des conclusions qu'inspire le seul examen critique des circonstances anatomiques. Dans l'infection puerpérale aussi, l'infection est d'abord canaliculaire, salpingienne ou utérine, puis s'accompagne de pelvipéritonite plastique qui, en même temps qu'elle protège le péritoine, semble étendre et diffuser le germe pathogène au pourtour de l'organe atteint — et c'est aussi quand apparaissent les lésions péritonéales que survient à distance, grâce certainement aux riches anastomoses lymphatiques des deux séreuses, la pleurésie purulente par lymphangite pleuro-péritonéale. Le fait a été constaté maintes fois.

La participation simultanée des deux séreuses à une infection qui atteint l'une d'elles, n'est-elle pas, d'ailleurs, un fait banal dans l'histoire des péritonites et ne pouvons-nous pas rappeler à ce propos, la loi de Godelier.

Nous sommes donc fondés à dire que c'est par lymphangite pariétale pleuro-péritonéale que l'appendicite retentit sur la plèvre, et que la péritonite périappendiculaire, par ses néomembranes, favorise l'apparition de cette lymphangite en ouvrant

des portes nouvelles à la dissémination de l'agent pathogène contenu dans l'appendice.

De ce chapitre nous paraissent ressortir les propositions suivantes :

1° La pleurésie séreuse ou purulente est fréquente dans l'appendicite.

2° Cette pleurésie est généralement unilatérale et siège à droite.

3° Elle peut constituer le phénomène unique et prédominant d'une infection à distance sans rapport avec l'appendice et paraît dans ce cas, résulter d'une lymphagite pleuro-péritonéale.

4° Elle n'est parfois qu'un phénomène accessoire des suppurations hépatiques ou pulmonaires à distance.

5° Elle succède enfin dans d'autres circonstances à l'ouverture par effraction diaphragmatique dans la cavité pleurale d'une collection péritonéale qui est, soit un abcès à distance de l'appendicite, soit le phlegmon périappendiculaire lui-même.

6° Il faut donc distinguer dans les pleurésies purulentes liées à l'appendicite des pleurésies par propagation et des pleurésies par effraction.

§ B. — *Suppurations pulmonaires à distance.*

Les suppurations pulmonaires observées dans l'appendice sont de deux ordres : les unes sont connexes ou consécutives aux pleurésies puru-

lentes, reliées au foyer pleural par des traînées de lymphangite ou résultant de la tendance à l'évacuation de ce foyer à travers le parenchyme pulmonaire, elles appartiennent à l'histoire de la plèvre dont nous venons de fixer les traits.

Les autres apparaissent indépendamment de tout foyer pleural, ce sont celles que nous désirons étudier ici, passant rapidement sur leurs particularités anatomiques et symptomatiques importantes, pour montrer surtout par quelles voies elles se produisent et comment, rarement isolées, elles manifestent presque toujours une septicémie déjà généralisée.

Nous avons peu de renseignements sur la fréquence des foyers suppurés du poumon dans l'appendicite, quelques observations éparses les signalent comme une curiosité d'autopsie : ils sont en tout cas, plus rares que les abcès pleuraux et que les abcès du foie.

Les circonstances où nous les observons sont de deux ordres, tantôt ils coexistent avec les abcès du foie, tantôt avec d'autres suppurations éparses dans le cerveau, dans le rein, avec une endocardite.

Anatomiquement, ces abcès offrent entre eux de grandes analogies dans les diverses observations : ce sont de petites collections dont la gros-

seur varie, les plus considérables sont comparées à une cerise, les plus petites à un grain de chenevis — presque toujours elles sont multiples et disséminées dans l'étendue du parenchyme hépatique, toutefois, de leur confluence peut résulter une cavité plus considérable de forme irrégulière. Par ces caractères constants les abcès du poulmon de l'appendicite se classent d'eux-mêmes dans les *abcès pyémiques*.

Leur symptomatologie contribue à les identifier à ces abcès; de la dyspnée, de la toux, des douleurs intrathoraciques, des râles fins disséminés sans physionomie précise, peu ou pas de modifications de la sonorité thoracique, tels sont les seuls signes d'après lesquels on pourra présumer l'infection pulmonaire au cours de l'appendicite. Encore ces signes locaux perdraient-ils toute valeur en dehors des symptômes généraux qui les accompagnent; ceux-ci sont ceux des septicémies: prostration générale, amaigrissement rapide, teint cachectique, délire, anémie absolue, température élevée à grandes oscillations; ils assignent aux complications pulmonaires leur vraie place, celle d'un phénomène secondaire dans le cours d'une infection générale.

Le diagnostic est le plus souvent impossible, dans la majorité des cas, on n'a pas cherché à le

préciser et la suppuration pulmonaire a été une trouvaille d'autopsie.

Si les abcès du poumon de l'appendicite ne légitiment pas par une particularité anatomique ou clinique une attention plus soutenue ; ils nous semblent par leur signification étiologique mériter une investigation plus minutieuse.

Leur origine pyémique n'étant pas douteuse, leur apparition signale donc une septicémie qui a déjà dépassé le cœur droit et qui menace le cœur gauche et par son intermédiaire, toute l'économie : or, pour arriver de l'appendice au cœur droit, l'agent infectieux n'a pu suivre que deux voies : la voie veineuse par la veine-porte, le foie, les veines sus-hépatiques et la veine cave inférieure — la voie lymphatique par les chylifères, le canal thoracique et la veine-cave supérieure.

Quelle est donc celle de ces deux voies que prend de préférence le germe pathogène pour arriver au poumon ?

Nous avons dit à propos des suppurations hépatiques que le foie retenait le plus souvent l'infection qui l'atteint par voie veineuse et que s'il la diffusait c'était plutôt par l'intermédiaire des lymphatiques et autour de lui — que par les veines sus-hépatiques dans le poumon.

Toutefois, dans un cas de Legg rapporté dans

la thèse de Berthelin, on observait un caillot thrombotique occupant une grosse branche sus-hépatique et dont une extrémité répondait à un abcès du foie, tandis que l'autre se terminait à 3 pouces de l'embouchure de la veine-cave. C'est la preuve matérielle que l'infection veineuse peut dépasser le foie et se répandre par les veines sus-hépatiques et le cœur droit.

D'ailleurs, dans la thèse de Gendron, nous trouvons une observation de Dance et Waller qui signale la coexistence d'un abcès du poudmon et d'un abcès du foie et des faits de Budd, Bull et Hoffmann qui signalent des foyers pulmonaires, mais sans noter l'état du parenchyme hépatique.

Si l'atteinte du poudmon par voie veineuse est donc exceptionnelle, elle n'est pas impossible, et la barrière hépatique si elle est solide n'est pas infranchissable, mais tout au plus rarement franchie.

C'est donc par voie lymphatique, par le canal hépatique et la veine-cave supérieure que le poudmon paraît pouvoir s'infecter au cours de l'appendicite dans la majorité des cas.

Telle sera la brève conclusion de ce paragraphe. Il nous semble inséparable de celui qui va suivre et nous craindrions de l'isoler en spécifiant par des propositions précises le caractère des supurations pulmonaires qui n'ont rien de particulier,

et constituent au contraire de simples localisations fortuites d'une infection sanguine, que le cours normal du sang va bientôt porter au-delà du poumon.

OBSERVATIONS

Pleurésies purulentes à distance

Observations de Terrillon (8 juin 92 Soc. de chirurgie)

I. — *1^{re} Observation.* Homme de 18 ans, malade depuis une semaine d'accidents d'appendicite. Opération pour volumineuse collection purulente de la fosse iliaque droite. Issue de 400 à 500 grammes de pus par l'incision. La poche monte assez haut du côté du rein et est limitée en dedans par le cœcium adhérent à la paroi. Malgré ce débridement la température ne s'abaisse pas les jours suivants. En cherchant la cause de la persistance des accidents on trouve qu'elle est due à un épanchement pleural purulent à droite. Après ponction qui donne issue à un demi-litre de liquide purulent le malade entre en franche convalescence.

II. — *2^e Observation.* Jeune enfant atteint de symptômes de péritonite étendue consécutifs à appendicite; on repousse l'intervention proposée en raison des accidents généraux et malgré l'absence de tuméfaction bien nette dans la fosse iliaque.

Aggravation progressive de l'état général, et 15 jours après le début des accidents, le chirurgien est appelé en toute hâte près de l'enfant qui asphyxiait par le seul fait d'une pleurésie abondante.

Une ponction faite sur le champ fut tout à coup interrompue pour une syncope mortelle.

III. — 3^e *Observation*. — Malade atteint en 1882 de quelques légers accidents dans la fosse iliaque droite qui semblaient à peu près éteints, lorsque plusieurs mois après survenaient un violent frisson et une douleur très vive dans l'un des côtés de la poitrine.

Le lendemain : vomique et expulsions de produits sphacelés.

Mêmes accidents pendant plusieurs jours, puis guérison

En 1886, M. le professeur Bouchard consulté pour divers troubles intestinaux, trouve le côlon volumineux et douloureux et attribue à cette cause l'abcès ayant donné lieu anciennement à la vomique.

Depuis cette époque le malade a éprouvé plusieurs fois pendant quelques jours divers accidents peu intenses du côté de l'intestin, nécessitant chaque fois un repos d'une semaine environ.

Ainsi en 1889, on constate pendant un de ces accès d'appendicite une induration inflammatoire dans la fosse iliaque droite, remontant jusque sous les fausses côtes. Depuis, le malade a eu trois attaques de 5 mois en 3 mois et, au moment de l'observation, le côté droit présente une induration profonde.

IV. — *Observation de Schwartz*. Soc. de chirurgie 13 juillet 1895.

Appendicite à forme de péritonite généralisée avec abcès péritonéaux multiples.

Une large incision iléo-inguinale, donne issue à près

de deux litres de pus horriblement fétide. On ne résèque pas l'appendice.

12 jours après l'opération, mort par pleurésie suraiguë avec myocardite infectieuse.

V. — *Observation de Vaussy*. — (Th. de Paris 1875).

Enfant de 12 ans. Bonne santé antérieure.

En février 1868 : malaise, inappétence, ventre douloureux. Le 13 février : péritonite aiguë généralisée. Sangsues, cataplasmes.

Le 15, légère amélioration. Pas de garde robes depuis deux jours.

Le 18, douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation dans l'épaule. Point de côté mamelonnaire, toux violente, crachats sanguinolents couleur gelée d'abricots.

Matité en arrière et en bas. Râles crépitants. Diagnostic : Pleuropneumonie droite. Soins médicaux. Amélioration, mais la matité et l'égophonie persistent et l'épanchement augmente.

Le 15 mars, douleur dans la région parotidienne droite suivie d'un vaste abcès parotidien qu'il faut ouvrir.

Le 20 mars les douleurs abdominales reviennent : tuméfaction et bientôt collection abondante qui refoule l'ombilic.

Le 2 avril, ouverture spontanée, flots de pus verdâtre (plusieurs litres) mêlé de grumeaux épais.

Les jours suivants, soulagement, l'écoulement continue, mais remarquant que le pus s'altère, on lave et on draine.

Presque en même temps, il se forme au-dessus du mamelon dans le 5^e espace intercostal, une tumeur fluc-

tuanté, qui, ponctionnée le 10 avril, donne issue à une grande quantité de pus. Une sonde pénètre de 7 centimètres dans la plèvre. Amélioration. Le 26, le pus prend une odeur fétide et l'abdomen redevient douloureux. Fièvre, injection iodée.

A la suite la suppuration pleurale diminue et vers la fin de mai la fistule thoracique est fermée.

Jusqu'au 21 juin surviennent de temps en temps des accès de fièvre et du ballonnement du ventre. A ce moment, nouvelle poussée de pleurésie purulente s'ouvrant en dehors par la cicatrice précédente.

Drainage, injection iodée.

Les mois suivants, amélioration. Le 12 octobre suppression du drain thoracique et le 20 octobre du drain abdominal.

VI. — *Observation de Netter.* Soc. Clinique page 54.
— Abscès du poumon consécutif à un abcès du foie.

Autopsie d'un malade mort d'accidents consécutifs à l'appendicite.

Le foie présente une poche dont l'incision donne issue à deux litres de pus fétide et jaunâtre, le poumon gauche est au sommet dur et mal crépitant, congestion et œdème, pas de tubercules. A droite, dans la plèvre deux litres de sérosité rougeâtre transparente.

Le poumon atelectasié est appliqué contre la gouttière costo-vértébrale. A sa surface, on voit des abcès métastatiques variant du volume d'un gros pois à celui d'un grain de chènevis, avec une aréole rougeâtre et des traînées jaunâtres de lymphatiques.

Observations de pleurésies par effraction

VII. — *Observation de Eisenhor.* (Th. de Grandsire, Paris 1895).

Homme de 18 ans, fièvre et phénomènes de typhlite, à la suite foie abaissé, signes physiques de pneumo-thorax, mort. A l'autopsie vaste cavité contenant des gaz entre le diaphragme, le foie et l'estomac. Diaphragme perforé. Pyopneumothorax. Péricardite sèche. Perforation de l'appendice vermiculaire en rapport avec le foyer.

VIII. — *Observation de Starck.* (Th. de Grandsire.

Abcès sous-diaphragmatique consécutif à abcès péri-cœcal, la poche contient des gaz et ne donne pas lieu aux signes de pneumo thorax sous-phrénique. La raison en était dans l'existence d'une pleurésie adhésive. Le pus fut évacué par la bronche droite.

IX. — *Observation de Salzwedel.* (Id.)

Abcès sous-diaphragmatique consécutif à une appendicite. Ouverture dans le poumon.

X. — *Observation de Routier.* Soc. de chirurgie, 17 juillet 1895.

Jeune homme atteint d'appendicite pour lequel on se tient prêt à intervenir, mais les symptômes abdominaux s'amendent, on croit à la guérison.

Une semaine après, le Dr Routier est appelé pour ouvrir une parotidite suppurée et un mois après le malade rejette par vomique une grande quantité de pus

fétide, à odeur stercorale, venu de la fosse iliaque droite.
Guérison.

XI. — *Observation de Monod*. (Soc. de Chirurgie 10 juillet 1895).

Autopsie de péritonite généralisée consécutive à appendicite. On trouve le diaphragme perforé et le poumon envahi. Pus dans les bronches.

XII. — *Observations (Th. de Pravaz, Dijon 1888)*.

1 cas d'Albers où le pus d'origine appendiculaire traverse le diaphragme et s'épanche dans la plèvre. 1 cas d'Hammernick où le pus contourne le foie et se fait jour dans la plèvre en perforant le diaphragme.

CHAPITRE VI

FOYERS SUPPURÉS A DISTANCE DANS DIVERS ORGANES

C'est par acquit de conscience, pour ainsi dire, que nous rédigeons ce paragraphe.

La constatation des suppurations pulmonaires nous a édifiés sur la possibilité d'une septicémie généralisée dans le cours de l'appendicite et nous a indiqué ses voies : nous pourrions nous contenter de dire que comme toutes les septicémies celle-ci crée partout et au hasard des suppurations variées. Nous préférons ne pas nous laisser entraîner par une théorie en dehors de la réalité et nous estimons remplir plus exactement notre tâche jusqu'au bout en montrant que ce qui nous paraît probable à priori, est efficacement établi sur des faits.

On a observé, dans le cours de l'appendicite, des infections cardiaques, des abcès du cerveau, des parotidites suppurées, des abcès du rein.

Endocardites. — Nos observations contiennent deux faits, l'un de Schwartz, l'autre de Tuffier.

rapportés aux chapitres qui concernent les supurations pulmonaires et les abcès de la paroi (pages 116 et 51) où sont relatés, dans le cours d'infections à distance, de l'endocardite dans l'une, de l'endocardite et de la myocardite dans l'autre. Achard (Société médicale des Hôpitaux, 6 nov. 1894) a signalé l'endocardite parmi les accidents de septicémie générale dont l'abcès du foie d'origine appendiculaire est la première localisation.

Abcès cérébraux. — Nous possédons deux observations d'abcès cérébraux et de méningite ayant causé la mort dans la septicémie d'origine appendiculaire, l'une de Mac Clelland est signalée par Berthelin dans sa thèse; l'autre qui nous a été fort obligeamment communiquée par Roux de Lausanne est inédite. Voici le résumé de ces deux observations.

Observation de Mac Clelland (Lancet, 1888).

Appendicite. Accidents de péritonite. Laparotomie.

Mort par infection générale avec symptômes méningitiques dans le cours d'une appendicite.

A l'autopsie, en ouvrant le crâne, on trouva le centre du sinus longitudinal supérieur distendu par un caillot contenant une goutte de pus. Zone de congestion très intense autour de la scissure de Rolando, à ce niveau

piemère épaissie et adhérente. Au centre du lobe occipital, abcès de la grosseur d'un pois.

Observation de Roux (inédite).

Appendicite. Accidents de péritonite. Laparotomie.

Le 2^{me} jour qui suit la laparotomie, pneumonie droite. Le 4^{me} et le 6^{me} jour, apparition de deux phlegmons parotidiens. Puis symptômes méningitiques et mort.

A l'autopsie, méningite de la base. Abcès situé derrière le chiasma des nerfs optiques. Le pus de l'abcès parotidien et le pus de l'abcès périappendiculaire contenaient tous deux du streptocoque.

Le pus de l'abcès cérébral n'a pas été examiné.

Parotidites suppurées. — Les parotidites ont été signalées par Achard (Soc. méd. des Hôpitaux), par Vaussy (Obs. V. P.), par Routier (Soc. de Chirurgie, 17 juillet 1893), par Roux de Lausanne enfin, qui a eu l'extrême bienveillance de nous signaler une demi-douzaine environ de cas de parotidites survenues 48 heures après le début des accidents péritonéaux, auxquelles il incline à attribuer une origine buccale par infection canaliculaire, en raison de leur apparition précoce, du bon état général et de l'apparence satisfaisante de la langue, sans rejeter toutefois la possibilité d'une infection par voie sanguine. Ce dernier mode d'infection nous paraît, en particulier, pouvoir être invoqué dans l'observation d'abcès cé-

rébral accompagné de parotidites que nous avons rapporté plus haut (Obs. de Roux). Dans cette observation, en effet, l'apparition des parotidites coïncidant avec d'autres suppurations métastatiques, l'existence dans le pus de ces parotidites des mêmes microorganismes que dans le pus de l'abcès appendiculaire, plaident nettement en faveur de leur origine pyohémique.

Les parotidites survenues dans le cours de l'appendicite ne semblent donc pas reconnaître toujours une pathogénie identique. En l'absence de renseignements plus précis, nous poserons, à ce sujet, comme Roux, un point d'interrogation.

Abcès du rein. — Comme dans toute septicémie générale, les localisations rénales de l'infection doivent être fréquentes au cours de la septicémie d'origine appendiculaire.

Pourtant les renseignements nous font défaut à leur sujet et nous ne trouvons qu'une observation sur leur compte. Nous la rapportons ci-dessous :

Observation de Waller (Thèse de Gendron, 1883).

Mort par infection générale au cours d'une typhlite.

A l'autopsie, le rein droit présente plusieurs petits abcès disséminés dans le parenchyme.

Ces abcès résultent peut-être du phlegmon iliaque avoisinant.

Nous reproduisons telle quelle cette observation, mais l'interprétation que donne l'auteur de l'existence des foyers rénaux nous paraît peu probable. L'infection du rein nous semble, en raison de la dissémination, du nombre et de la taille, avoir été le résultat d'une septicémie.

Une *phlébite de la jambe gauche* est signalée par Roux.

Abcès de la rate. — Nous avons signalé la sphénomégalie et la congestion de la rate qui sont fréquentes lorsque l'appendicite se complique d'abcès du foie. On peut observer également des abcès métastatiques de la rate, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante d'Oppenheimer :

Observation d'Oppenheimer (Talamon, de l'Appendicite, P. 194).

Femme prise au 7^{me} mois de la grossesse, de vomissements bilieux, fièvre, gonflement de la rate, tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque. Accouchement prématuré d'enfant mort. Température persiste après l'accouchement; quelques jours après, apparition d'une volumineuse tumeur dans le flanc droit, qu'on croit d'origine rénale. Mort.

Autopsie: Appendicite perforante. Collection rétro-cœcale fusant autour du rein. Abcès métastatiques du foie et de la rate.

Toutes ces localisations diverses de l'infection

généralé de l'organisme ont ceci de commun qu'elles surviennent à titre de simples épiphénomènes fixant plus ou moins l'attention au milieu des symptômes graves d'une septicémie qui occupent le premier plan.

L'observation de Roux que nous avons reproduite plus haut, nous montre de plus que plusieurs organes sont touchés simultanément ou successivement à bref intervalle, ce qui augmente encore la confusion du tableau clinique. Aujourd'hui, c'est une broncho-pneumonie qui appelle la sollicitude du médecin, demain une tendance syncopale, de l'arythmie cardiaque feront craindre la défaillance subite du myocarde ; dans quelques jours des vomissements, de l'hyperesthésie, des contractures, du strabisme indiqueront l'atteinte méningée ou cérébrale à laquelle va succomber le malade. D'un moment à l'autre, des signes nouveaux viennent établir l'extension croissante de l'infection qui éveille la symptomatologie propre à chaque organe.

La mort semble survenir par le fait d'une lésion isolée d'un des grands appareils, poumon, cœur ou cerveau, alors qu'elle résulte en réalité du fait même de la septicémie, simplement hâtée par l'entrave physiologique qu'apporte incidemment celle-ci à une fonction vitale.

La guérison n'est pas impossible ; le malade de Tuffier guérit après 15 jours d'une infection cardiaque grave touchant à la fois le muscle et ses enveloppes, mais le fait est exceptionnel.

Heureusement, la septicémie générale est rare dans l'appendicite ; cela tient, comme l'a parfaitement précisé Roux, dans la communication qu'il a bien voulu nous faire, à ce qu'on opère tôt aujourd'hui, à ce que l'affection non soignée et à évolution rapide marche trop vite vers une terminaison, pour que les métastases aient le temps de se produire, à ce que, enfin, lorsque l'appendicite évolue lentement, elle est le plus souvent bénigne et tend à demeurer une maladie locale.

CHAPITRE VII

BACTÉRIOLOGIE DES SUPPURATIONS A DISTANCE

Nous avons malheureusement peu de documents précis pour fixer cette importante question.

Dans un cas d'abcès à distance de la paroi abdominale (Observation I), opéré par Tuffier, on a constaté l'existence de colibacilles.

Dans plusieurs abcès du foie rapportés par Berthelin, le même colibacille a été trouvé et a paru être l'agent actif de la suppuration.

Dans un cas de parotidite que nous a communiqué Roux, nous avons vu que la présence du streptocoque avait été démontrée à la fois dans l'abcès périappendiculaire et dans la parotide.

Tels sont les seules constatations indiscutables sur lesquelles nous puissions nous appuyer.

Toutefois il y a une grande présomption pour supposer que les mêmes microorganismes qui créent l'abcès périappendiculaire, sont en cause dans les suppurations éloignées.

Or, les études expérimentales récentes de Roger

et de de Klecki nous ont éclairé notablement sur la nature de la flore microbienné des appendicites et sur quelques points du mode de migration des agents infectieux primitivement développés dans la cavité de l'appendice.

Roger (Société Médicale des Hôpitaux, 31 janvier 1896), faisant part de ses recherches sur l'appendicite expérimentale par ligature de l'appendice, déclare que dans le pus épais de ces appendicites kystiques artificielles, il a trouvé le colibacille à l'état de pureté et que la virulence de ce microbe était très exaltée.

De Klecki (Annales de l'Institut Pasteur, Septembre 1895), dans une étude sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale ; n'est pas arrivé tout à fait aux mêmes conclusions ; comme Roger, il incrimine comme agent infectieux le colibacille, mais pense que l'exaltation de sa virulence, produite par la ligature de l'intestin, tient dans la plupart des inconstances à sa symbiose avec d'autres espèces microbiennes et en particulier avec le streptocoque.

Colibacille seul quelquefois ou colibacille associé au streptocoque plus souvent, seraient ainsi les agents véritables des suppurations d'origine intestinale et ce sont eux, en effet, que nous avons retrouvés dans les quelques cas de suppuration à

distance dont nous possédons l'examen bactériologique. Nous pouvons concevoir très facilement que dans l'association colibacille-streptocoque, ce dernier arrive à prédominer quelquefois et ainsi s'expliquerait le fait que Roux l'ait seul découvert, et dans l'abcès appendiculaire et dans une parotidite métastatique.

Comme les expériences dont nous venons d'exposer les résultats constituent les seuls éléments que puissent appuyer notre hypothèse, nous fermons ce chapitre en concluant que selon toute probabilité, colibacille et streptocoque seuls ou associés sont les agents actifs des suppurations à distance, si nous ne tenions à insister sur un fait intéressant qu'a démontré de Klecki au cours de ses expériences.

De Klecki a prouvé en effet, qu'en ce qui concerne le passage des microorganismes à travers les parois de l'intestin, il se fait de façons diverses suivant l'état anatomique de celles-ci. Il peut être direct et immédiat à travers une paroi nécrosée, servant pour ainsi dire de milieu de culture aux microbes ; il n'en est plus de même si les parois de l'intestin sont simplement tuméfiées, vascularisées.

Dans ce cas, on ne voit les microbes que dans la sous-muqueuse ou dans la tunique sous-séreuse

où ils sont très nombreux dans les vaisseaux et dans l'intérieur des cellules. Le passage des microbes à travers la paroi intestinale, n'a donc pas lieu par voie directe, mais ceux-ci font un détour par la voie vasculaire dans la paroi de l'intestin.

Cette constatation nous paraît d'une extrême importance en ce qui concerne les suppurations à distance ; elle montre comment les microbes, même en cas de lésion appendiculaire minime et à peine appréciables, sont transportés à l'entrée des voies vasculaires qui peuvent les entraîner au loin, avant même que le péritoine soit touché.

Toute appendicite crée dont l'imminence d'une infection microbienne à distance, et ainsi s'explique clairement entre autres, le fait que l'abcès du foie d'origine appendiculaire puisse apparaître, sans abcès périappendiculaire, sans ulcération muqueuse de l'appendice, grâce à de simples lésions congestives et oedémateuses de cet organe, comme nous en avons cité plus d'un exemple.

Les expériences de Klecki viennent trop bien à l'appui de nos présomptions pour que nous ayons pu renoncer au plaisir de les citer dans ce chapitre qui traite des agents de l'infection à distance.

CHAPITRE VIII

CLASSIFICATION DES ABCÈS DE L'APPENDICITE.

Nous ne voulons pas terminer ce dernier chapitre d'exposition analytique des différentes suppuration à distance de l'appendicite, sans essayer de tirer des notions acquises au cours de cet exposé, par le seul secours de la clinique et de l'anatomie pathologique, un tableau d'ensemble où nous trouvions classés tous les faits étudiés par nous.

Le seul ordre anatomique nous a guidé dans le plan de ce chapitre, le seul ordre anatomique doit nous aider à le résumer.

Or, qu'avons-nous trouvé par l'analyse des observations?

Des suppurations en rapport direct avec l'appendice: abcès juxta ou périappendiculaires dont nous avons signalés quelques variétés, à mesure qu'elles s'imposaient à notre attention et menaçaient de l'égarer.

Des abcès à distance dans une zone plus ou

moins rapprochée de l'appendice malade, mais reliés à lui par des traces d'inflammation intermédiaire.

Des abcès à distance en des points éloignés dans le foie, dans le poumon, dans le cerveau, dans la parotide sans aucune connexion apparente avec l'appendice enflammé.

Un classement tout naturel semble donc s'imposer à nous dans un examen d'ensemble des suppurations liées à l'appendicite; nous pouvons dire qu'on y observe 3 catégories.

Des abcès contigus :

Des abcès proches;

Des abcès lointains.

Les *abcès contigus* sont ceux que nous avons appelés péri ou juxta appendiculaires, ils ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, mais il convient de les mettre à leur rang en présence des deux catégories suivantes. Ils siègent, suivant que l'appendice est dépourvu ou non de revêtement péritonéal; dans le tissu cellulaire iliaque ou dans la séreuse. Dans celle-ci, ils peuvent occuper des places variées dépendant de la situation de l'appendice et comprises toutes dans les 5 genres de Gerster et dans un genre et une espèce que nous sommes en droit de leur adjoindre d'après les faits que nous avons eu l'occasion

de signaler en passant : le genre supérieur, l'espèce pariétale. Nous résumons dans le tableau suivant l'ensemble de ces abcès :

<i>Abcès contigus</i>	<i>Espèces.</i>	<i>Genres</i>
Caractérisés par la présence de l'appendice dans le foyer.	A) Abcès du tissu cellulaire iliaque.	Genre lombaire. Genre pelvien. Genre crural.
	B) Abcès péritonéal.	Abcès ilioinguinal. Abcès antérieur. Abcès postérieur. Abcès pelvien. Abcès méso-cœliaque. Abcès supérieur (Pouvant donner lieu à une variété de pyothorax sous-phrénique).
	C) Abcès de la paroi abdominale.	Abcès du muscle droit. Abcès de la cavité prévésicale.

Les deux dernières catégories d'abcès appartiennent seules aux abcès à distance au sens que nous avons attribué à ce terme :

Les *abcès proches* comprennent ceux que nous avons décrits dans nos trois premiers paragraphes et auxquels nous avons trouvé un caractère anatomique commun, celui d'être reliés par de la péritonite plastique et des tissus de sclérose au

foyer primitif juxta appendiculaire, bien qu'ils n'offrent aucune relation avec l'appendice.

Le tableau suivant rappelle le siège de ces abcès :

<i>Abcès proches.</i>	<i>Espèces.</i>	<i>Genres.</i>
Caractérisés par l'absence de l'appendice dans le foyer, mais par des connexions inflammatoires avec le centre infectieux primitif.	Abcès du tissu cellulaire iliaque.	Lombaire. Pelvien. Crural.
	Abcès de la paroi abdominale.	De siège très variable.
	Abcès péritonéal.	A évolution précoce. A évolution tardive.

Quant aux *abcès lointains*, ils ne paraissent de prime abord se rattacher ni de près, ni de loin à l'appendice malade, ils constituent donc une catégorie toute naturelle qui englobe tous les abcès décrits dans nos derniers paragraphes et dont nous présentons une vue d'ensemble dans le tableau suivant :

<i>Abcès lointains.</i>	<i>Espèces.</i>
Caractérisés par l'absence de toute connexion macroscopique appréciable avec le foyer primitif.	Abcès du foie.
	Suppurations pleuropulmonaires.
	Infections cardiaques.
	Abcès du cerveau.
	Abcès parotidien.
	Foyers disséminés multiples.

Ces divers tableaux résument exactement la première partie de notre travail, qui a consisté en une pure juxtaposition sans parti-pris théorique, et en une analyse aussi claire que possible des faits en apparence disparates.

Dans un second chapitre d'ordre plus spéculatif, nous nous réservons de fixer la valeur relative et le rapport précis de ces simples constatations.

DEUXIEME PARTIE

Pathogénie.

L'étude clinique des abcès à distance de l'appendicite, nous a permis d'établir sur des documents précis, l'existence de ces abcès, leur façon d'être, leurs caractères anatomiques dont nous avons pu tirer chemin faisant quelques notions pathogéniques s'appliquant à chacune des catégories que nous avons successivement examinées.

Nous avons renoncé volontairement dans cette description analytique à une classification basée sur des caractères étiologiques non encore définis et qu'il nous appartenait de fixer : c'est là le but de ce chapitre.

Notre intention est d'y reprendre les différents faits dont nous venons de faire connaître les différents traits principaux, de les soumettre à une critique aussi rigoureuse que nous le permettent

les notions acquises de pathologie générale, et d'examiner s'il y a lieu de remanier au point de vue purement pathogénique, la classification que nous avons proposée en nous plaçant au plus vulgaire point de vue de la localisation anatomique la plus grossière.

Nous avons dit en terminant le chapitre précédent, que des considérations uniquement cliniques, nous amenaient à distinguer dans les abcès distincts du centre inflammatoire primitif des abcès proches et des abcès lointains.

Aux abcès proches, appartiennent les abcès du tissu cellulaire iliaque circonscrits ou diffusés, les abcès péritonéaux, les abcès de la paroi abdominale.

Dans la classe des abcès lointains, nous avons fait rentrer toutes les phlegmasies viscérales, les abcès du foie, les suppurations pleuro-pulmonaires, les foyers cérébraux et parotidiens.

Nous allons examiner maintenant si, en nous fondant sur les caractères anatomiques précis, et en considérant les voies diverses qui ont pu servir à la diffusion de l'agent infectieux dans ces circonstances différentes, nous pouvons maintenir cette distinction.

Après avoir mûrement pesé les raisons favorables et contraires, nous avons opté pour l'af-

firmative et nous sommes arrivé aux conclusions suivantes que nous nous efforcerons de justifier.

1° Les abcès proches paraissent tenir à une septicémie locale dont l'ensemble des dispositions anatomiques rend suffisamment compte.

2° Les abcès lointains sont l'expression d'une septicémie générale dont nous sommes en mesure de préciser les voies et les étapes depuis le centre infectieux primitif, jusqu'à la septicémie généralisée.

Nous exposerons successivement les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir, en reprenant sous les deux chefs que nous adoptons, les différentes espèces d'abcès que nous faisons entrer dans chacune.

§ I. — ABCÈS PROCHES.

A) *Phlegmon iliaque à distance*. — La production à distance de l'appendice enflammé, de cette variété de suppuration, trouve dans les conditions anatomiques normales, une raison suffisante. Nous savons en effet, que les lymphatiques qui naissent de l'appendice, se rendent par le méso-appendice en arrière du cœcum où ils se jettent dans un petit groupe ganglionnaire situé au niveau de la face postérieure de cet organe, avant

dése porter avec les autres lymphatiques intestinaux vers l'insertion du mésentère. A ce niveau le méso-cœcum formé par la terminaison du mésentère vient s'insérer sur le tissu cellulaire iliaque et dans ce méso nous trouvons des anastomoses lymphatiques et veineuses entre les lymphatiques et les veines de la face postérieure du cœcum.

Ces anastomoses n'ont rien de fixe, elles constituent des possibilités anatomiques fréquemment réalisées mais non constantes, qui peuvent être rapprochées des anastomoses décrites par Retzius entre les veines mésentériques et les veines lombaires, et en ce qui concerne les veines, ne sont qu'un cas particulier de cette disposition générale.

Quand elles existent, ces anastomoses suffisent à rendre compte d'une infection du tissu cellulaire à distance de l'appendice—quand elles n'existent pas elles sont amplement suppléées par les anastomoses de création nouvelle qui se forment entre les circulations pariétale et viscérale, par l'intermédiaire des néomembranes de la péritonite plastique.

Il n'y a là rien que de très classique : le fait des anastomoses normales est indubitable aussi bien que celui des anastomoses pathologiques dans les phlegmasies des séreuses.

La constatation nécropsique seule de ce proces-

sus nous fait défaut et cette lacune nous contraint à présenter seulement sous forme d'hypothèse ce qui nous paraît l'expression rigoureuse de la réalité: C'est par l'intermédiaire d'anastomoses veineuses ou lymphatiques, normales ou pathologiques, que l'agent infectieux de l'appendicite peut aller déterminer à distance une suppuration du tissu cellulaire iliaque; la brièveté du chemin à parcourir explique la fréquence relative de cette complication.

(B). *Abcès de la paroi.* — Pour interpréter le mécanisme pathogénique de l'abcès à distance de la paroi, nous ne trouvons pas de voie normale et directe par laquelle le germe infectieux puisse passer de l'appendice enflammé dans la paroi saine, et pourtant, tout dans l'histoire clinique de cette variété d'abcès plaide contre l'idée qu'il ne soit que la manifestation fortuite d'une infection générale. La nature des lésions constantes qui l'accompagnent, nous paraît, au contraire, guider facilement l'investigation étiologique.

Dans l'anatomie pathologique des ces abcès nous avons insisté sur les traces d'inflammation locale diffuse qui les accompagnent, sur la péritonite plastique à brides multiples et serrées qu'on observe à l'ouverture de l'abdomen : ce que nous venons

de dire du rôle des anastomoses pathologiques veineuses et lymphatiques par les néomembranes, ne nous paraît nulle part plus intéressant à rappeler qu'à propos des abcès de la paroi. C'est par l'intermédiaire de ces anastomoses pathologiques que la paroi abdominale nous semble pouvoir s'infecter à distance et l'apparition tardive des phlegmons pariétaux dépend, pour nous, de la seule durée que mettent à s'organiser les voies de son infection.

(C) *Abcès péritonéaux à distance.* — En ce qui concerne les abcès péritonéaux à distance, nous avons admis deux classes: les abcès à évolution précoce et les abcès à évolution tardive, nous avons établi que les premiers répondaient incontestablement à une forme de l'infection péritonéale générale et ne tenaient qu'à des modes de réaction différente de la séreuse en des points différents sous l'influence d'un même organisme pathogène qui s'y diffuse dans toute son étendue. — Pour les seconds, nous avons dit que les auteurs les attribuaient à une propagation de l'infection du foyer primitif par les lymphatiques nouveaux ou par l'intermédiaire d'une péritonite plastique que l'on trouve toujours entre les loges purulentes. C'est à cette dernière opinion que nous avons ten-

dance à nous rattacher : le rôle des néomembranes dans la diffusion de l'agent pathogène nous paraissant suffisamment mis en relief parce que nous avons dit des abcès précédents, et la recherche d'une autre explication pathogénique nous semblant inutile alors qu'existe la lésion que nous avons invoquée en d'autres circonstances. — Nous laissons seulement quelques réserves pour le pyothorax sous-phrénique que nous rapprocherons plus loin de la pleurésie purulente.

Dans tous les cas précédents nous voyons que la péritonite plastique, lésion immédiatement sous la dépendance de l'infection périappendiculaire, tient la première place et paraît être l'intermédiaire nécessaire dans presque tous les faits, entre le foyer primitif et les abcès à distance de ce premier groupe, par les connexions nouvelles qu'elle crée. C'est par l'intervention de cette péritonite plastique que peut diffuser l'infection appendiculaire, mais seulement dans la zone limitée où elle s'étend à peu de distance d'elle. S'il y a abcès distinct du foyer primitif, il n'y a pas, en somme, discontinuité entre les produits morbides nés sous son influence : abcès juxta-appendiculaire, péritonite néomembraneuse, sclérose pariétale et abcès de la paroi sont en contiguïté immédiate.

Pour nous résumer, nous pourrions dire que

tout le premier groupe d'abcès à distance que nous avons compris sous la rubrique d'abcès proches, répond à nos yeux à une inflammation diffuse cohérente et localisée due à une solidarité primitive ou secondaire, anatomique ou pathologique entre les divers plans qui enveloppent le cœcum malade, et qui participent par suite, à des degrés divers, suivant leurs aptitudes réactionnelles, à l'infection née dans l'appendice.

II. *Abcès lointains.* — Tout autre est l'infection généralisée qui va créer les abcès lointains, sans insister sur les conditions biologiques qui contribuent à la déterminer, il suffit de marquer qu'elle diffère de la précédente par une tendance primitive à la diffusion, dont le contraste avec la tendance à l'évolution locale des abcès de la catégorie précédente s'impose à notre observation et à notre réflexion.

Ici, le processus anatomique paraît peu de chose et en réalité se réduit souvent à une lésion appendiculaire minime : le transport à distance des germes tient le premier plan, non seulement dans le tableau clinique, mais surtout dans la réalité anatomique plus tangible et plus appréciable.

A ce transport à distance deux voies sont tou-

jours ouvertes, la voie veineuse et la voie lymphatique. L'agent pathologique s'engage dans ces voies et y avance rapidement sans s'égarer dans les détours anastomotiques locaux : d'emblée s'affirme la tendance à la généralisation de l'infection, dont les modalités vont dépendre uniquement des étapes nécessaires qu'imposent au microbe pathogène les dispositions anatomiques normales : dans toutes ces étapes nous pourrons le suivre, par les traces qu'il laisse de son passage ou par son arrêt définitif en certains points.

L'infection à distance par les veines est un fait banal dans la pathologie intestinale : les radicules de la veine-porte nées de l'appendice sont prêts pour le transport à distance des germes que la capillarisation des rameaux-portes intra-hépathiques va répandre dans le foie dans la zone de leur distribution, c'est-à-dire dans l'étendue de noyaux parenchymateux bien déterminés, dans un groupe de lobules, dans un lobe. De ces faits, la preuve n'est plus à établir, nous nous contenterons de rappeler les exemples de pyléphlébites que nous avons signalés au chapitre concernant les abcès du foie et qui démontrent jusqu'à l'évidence le chemin qu'a suivi l'agent pathogène.

Très souvent, mais non toujours, le foie oppose une barrière infranchissable à l'infection partie

de l'intestin; celle-ci s'y localise et s'y développe sans le dépasser. — Pourtant dans certaines circonstances l'obstacle hépatique est forcé; soit après avoir cédé lui-même à l'effort du microbe pathogène après une réaction vaine qui se traduit par le processus phlegmoneux dont il devient le siège, soit sans avoir opposé de résistance apparente, ni gardé de trace de l'infection qui la traverse.

Versé par les veines sus-hépatiques dans la veine-cave inférieure et le cœur droit, l'agent microbien ne rencontrera plus alors que le poumon qui puisse lui opposer une barrière efficace et souvent fragile contre son envahissement de la circulation artérielle et par elle de toute l'économie.

La barrière hépatique franchie, nous pouvons donc assister à des suppurations pulmonaires qui sont rarement le dernier terme de la septicémie et ne demeurent le plus souvent que comme témoignage du passage du germe infectieux. Celui-ci rapidement diffusé à partir de ce point par le torrent de la circulation aortique amène rapidement des lésions suppuratives variées de divers organes, du cerveau, de la parotide, dont le développement semble contemporain de celui des lésions pulmonaires.

Le malade est alors la proie d'une septicémie générale qui ressemble à toutes les septicémies

de quelque origine qu'elle soit et ne porte plus dans les lésions qu'elle crée le cachet de la lésion dont elle dérive.

L'infection à distance par les lymphatiques est un fait plus rare et qui mérite de nous arrêter. Son existence n'est pas douteuse pourtant : les observations suivantes où la lymphangite partie de l'appendice a été constatée nous permettent de l'affirmer.

Observation de Sounenfeld. (Th. de Berthelin, Paris 1895). — Dans un cas d'appendicite on trouve à l'autopsie, un foyer purulent situé à la partie inférieure de l'iléon à l'insertion du mésentère, entre ses deux feuillets, et qui paraissait d'origine lymphangitique.

Observation de Rendu. — Dans un cas d'appendicite on trouve à l'autopsie, les ganglions mésentériques de la région iléocœcale, énormes et enflammés, plusieurs atteignent les dimensions d'un petit œuf.

Le fait de la diffusion des agents infectieux de l'appendicite par les lymphatiques étant établi, il nous faut fixer maintenant quelles voies peuvent suivre ces agents et quelles lésions ils sont susceptibles de créer.

Par les chylifères ils parviennent à la citerne de Pecquet, remontent le canal thoracique et sont déversés dans la circulation veineuse, puis dans le cœur droit, où ils peuvent suivre alors les mêmes

voies que ceux qui parviennent au même but par la circulation porte, et crée les mêmes lésions de septicémie généralisée : peut-être même la barrière hépatique opposant une résistance plus puissante que nous ne le supposons aux microbes charriés par la veine-porte, toutes les septicémies généralisées d'origine appendiculaire seraient-elle le fait d'un transport par voie lymphatique. Sur ce point, nous ne pouvons que poser une question sans la résoudre.

En dehors de la grande voie précédente ces infections appendiculaires peuvent-elles suivre d'autres voies lymphatiques et aboutir à d'autres lésions ? La réponse nous semble devoir être affirmative, mais nous oblige à quelques développements.

On a noté, en effet, des lymphangites en rapport avec des cas de pleurésie purulente, avec des cas de pyothorax sous-phréniques survenues dans le cours de l'appendicite, et ces lymphangites étaient surtout accusées au niveau du centre phrénique. Comment pouvons-nous expliquer ces lymphangites ? Ce n'est certes pas par une sorte de reflux à contre-courant dans les lymphatiques émanés du centre phrénique, du germe pathogène parvenu dans la citerne de Pecquet par les chylifères ; ce serait explication antiphysiologique et inadmissible.

Au contraire, le transport à distance jusqu'au diaphragme de l'agent infectieux par l'intermédiaire des lymphatiques pariétaux nous paraît très probable.

Le centre phrénique est en effet comme un lieu de rendez-vous des lymphatiques pariétaux des deux séreuses qui l'enveloppent : plèvre et péritoine — les riches anastomoses qui existent à son niveau entre les réseaux lymphatiques de ces deux séreuses, explique en outre leur participation possible isolément ou simultanément, à une infection transportée à ce niveau. En présence de la simple netteté de cette hypothèse, une longue discussion nous paraît donc inutile et nous concluons que c'est par l'intermédiaire des lymphatiques du feuillet pariétal du péritoine que naissent, et la lymphangite observée au niveau du diaphragme, et la pleurésie purulente, et le pyothorax sous-pleural à distance.

Seulement pour que cette lymphangite du feuillet pariétal du péritoine se produise, il faut de toute nécessité que la lésion appendiculaire ait pu infecter les lymphatiques pariétaux, c'est-à-dire que des connexions se soient établies entre les lymphatiques de l'appendice et ces derniers. Or, un seul processus peut permettre cette infection, c'est la formation de néomembranes et par

leur intermédiaire de néoanastomoses lymphatiques. L'infection à distance ne peut donc se produire dans ce cas que par l'intermédiaire de la lésion locale et non par les voies normales, et cette dernière forme sert pour ainsi dire de lien entre les deux classes d'abcès proches et d'abcès lointains, nous rappelant des déductions purement théoriques à la réalité qui est l'unité fondamentale des agents, des voies et des procédés de l'infection, que notre conception étroite nous oblige à fragmenter avant d'en saisir en fin de compte la synthèse.

Si nous maintenons donc la distinction que nous avons faite au début de ce chapitre entre les abcès proches et les abcès lointains de l'appendicite, pour les raisons que nous avons exposées, nous reconnaissons que vraie et juste dans les grandes lignes, elle n'a rien d'absolu, et que ces deux catégories d'abcès se confondent par un de leurs pôles.

Cela est si vrai qu'à côté d'un abcès de la paroi analogue à ceux que nous avons étudiés, nous trouvons dans l'observation de Tuffier des signes indubitables d'infection généralisée avec endocardite et nous croyons avoir établi comment la septicémie locale peut être le premier échelon d'une septicémie plus généralisée dans la pleuré-

sie purulente d'origine appendiculaire : cette pleurésie constituerait à nos yeux une forme intermédiaire entre nos deux catégories d'abcès proches et d'abcès lointains, une septicémie diffuse qui les rapproche et les relie.

Comment donc expliquer que dans l'appendicite parfois l'une, parfois l'autre de ces formes prédomine, que tantôt on observe une septicémie localisée, tantôt une septicémie générale? C'est le point qui nous reste à élucider.

Pour nous rendre compte de ce fait, nous pensons que dans l'appendicite comme dans toute infection, il faut considérer deux termes :

1° Le processus de la lésion locale appendiculaire.

2° La force de réaction et de défense de l'organisme atteint.

Le processus de la lésion appendiculaire tient grande place dans toute l'histoire de l'appendicite ; suivant qu'il est rapide ou lent, perforant ou purement inflammatoire, les lésions périappendiculaires sont plus ou moins étendues d'emblée, l'infection envahit le péritoine en entier ou crée une péritonite circonscrite, c'est là un fait classique sur lequel la discussion est désormais close.

En ce qui concerne les infections à distance, la marche plus ou moins rapide des phénomènes

appendiculaires ne nous apparaît pas moins importante ; elle semble régler en partie l'histoire de ces infections.

Dans la forme perforante suraiguë toute l'étendue de la cavité péritonéale est contaminée d'emblée, et l'on observe soit la péritonite générale, soit la péritonite enkystée à foyers multiples suivant que la réaction de la séreuse qui traduit la résistance de l'organisme s'efface ou se manifeste.

Dans la forme aiguë, l'abcès local domine, mais la séreuse a pu s'infecter à distance en certains points avant la constitution de la coque néomembraneuse qui limite la suppuration périappendiculaire ou par une faille de cette coque : cette infection moins massive et moins générale crée l'abcès péritonéal à distance à apparition tardive.

Dans la forme subaiguë ou chronique, l'abcès local existe seul, son enkystement a précédé l'apparition du pus et porté obstacle à la contamination diffuse de la séreuse et c'est alors surtout qu'en présence d'un foyer anatomiquement circonscrit, la force de réaction et de défense de l'organisme tiendra le plus grand rôle.

De cette force va dépendre la protection ou l'envahissement de l'économie.

Si elle est grande, le processus inflammatoire

restera localisé, si elle est moyenne, la diffusion des germes se limitera au pourtour de la lésion primitive et on aura affaire à des abcès proches témoignant d'une septicémie circonscrite, si elle est très faible ou nulle la septicémie tendra d'emblée à se généraliser.

Les deux facteurs précédents, nature de la lésion, résistance de l'organisme, ne nous paraissent que deux éléments d'une équation à trois termes, ou persiste malheureusement une inconnue, nous voulons parler de la nature du germe infectieux et de sa virulence : la nature des microbes pathogènes si elle est trop rarement fixé dans nos observations, est du moins presumable d'après ce que nous savons des infections intestinales et herniaires, et grâce aux expériences de De Klecki ; c'est le colibacille associé presque toujours au streptocoque qui paraît être en cause, mais c'est là une notion presque vaine dans l'appréciation de son rôle pathogène en l'absence de renseignements sur sa virulence dont les échelles sont si variées. Il nous paraît donc impossible de fixer jusqu'à quel point il faut tenir compte dans les snppurations à distance de l'appendicite, de l'élément microbien. Nous pouvons supposer qu'à lui incombe une grande part dans la précocité ou la lenteur de la diffusion de l'infection et par

analogie avec d'autres infections mieux étudiées ; nous devons simplement en affirmer l'importance sans nous efforcer de l'évaluer avec des documents insuffisants.

Comme conclusion de ce chapitre, nous nous bornons à dire que l'appendice enflammé devient plus souvent qu'on ne le pensait, grâce aux circonstances locales, biologiques et microbiennes que nous venons d'esquisser, l'origine d'une septicémie locale ou générale et que les suppurations et les infections à distance de l'appendicite constituent un chapitre assez nettement délimité, à ajouter à la classe des autoinfections d'origine interne.



TROISIÈME PARTIE

Traitement des abcès à distance. — Indications opératoires.

N'entreprendre une intervention qu'avec un diagnostic certain — en proportionner la gravité à celle des lésions qu'on veut guérir, de façon à ne pas ajouter par l'acte opératoire, une nouvelle cause morbide à celles qui existent — agir, enfin de telle sorte qu'on supprime, à la fois, l'effet immédiat du mal et sa cause première, préservant l'avenir en sauvegardant le présent : tels sont les termes de l'idéal thérapeutique que doit se proposer le chirurgien.

Pour essayer de résoudre le problème ainsi posé, nous examinerons successivement, si les anciens procédés classiques du traitement de l'appendicite peuvent nous permettre de réaliser le desideratum que nous nous fixons en ce qui concerne les abcès à distance; si, au contraire aux

faits nouveaux il faut opposer de nouveaux modes d'intervention; quelles sont enfin les indications qui naissent des diverses circonstances cliniques et quels moyens s'offrent à nous pour y répondre suivant les cas.

Dès l'abord, les faits abondent pour nous prouver que les procédés classiques sont insuffisants dans certains cas d'appendicite avec abcès à distance.

Après l'incision ilioinguinale, Nélaton. (Soc. de chirurgie, 23 juillet 1895), Terrier, (Soc. de chirurgie, 8 juin 1892), d'autres encore perdent leurs malades en quelques jours après une rémission plus ou moins longue. Après la laparotomie même, des foyers éloignés échappent à l'intervention amenant une terminaison fatale.

La cause de ces échecs si elle paraît dépendre d'une part, de la tendance à l'infection générale du processus lui-même, reconnaît évidemment une autre cause: c'est la prudence des opérateurs commandée par la règle qui, peu à peu, s'est imposée; de respecter les adhérences limitant le foyer primitif, et de préférer l'incision ilioinguinale à la laparotomie médiane.

Or, les faits anatomiques sur lesquels nous nous sommes longuement étendus, nous montrent la distance souvent énorme qui sépare les foyers

secondaires du foyer primitif. Il est donc incontestable qu'on ne peut espérer les atteindre par une incision trop éloignée, mal placée et en marquant un respect trop scrupuleux pour les fictives limites de l'enkystement péritonéal. A ces faits nouveaux, il faut parer par d'autres procédés opératoires.

Notre tâche consiste à les discuter, à propos de chacune des catégories de suppurations que nous avons étudiées.

Abcès à distance de la fosse iliaque. — Pour les suppurations à distance de la fosse iliaque circonstrites ou diffusées, nous ne dirons rien ou très peu de chose. Peu importe pour l'opérateur le mode de production de ces collections, une fois diagnostiquées, elles tombent sous l'incision classique ilioinguinale : seules leurs fusées pourront commander des contre-ouvertures, une incision lombaire supplémentaire comme dans le cas de Jalaguier (page 20) — un débridement du diverticule crural comme dans le cas de Schwartz (page 25) une exploration pelvienne comme dans le cas de Reclus (page 20), même une boutonnière vaginale. L'abcès ouvert, on se règle sur la direction de ses fusées lointaines, si l'écoulement du pus ne paraît pas assuré par une seule voie. L'important est de connaître la fré-

quence de ces fusées et de les rechercher à leur siège ordinaire.

Abcès à distance de la cavité péritonéale. — Les abcès à distance de la cavité péritonéale nous semblent au contraire appeler une discussion plus approfondie, dont nous trouvons tous les éléments dans les séances de la Société de chirurgie de juillet 1895.

Aucune conclusion n'a été tirée des faits rapportés au cours de ces séances, chaque chirurgien n'a tenu compte que de sa pratique personnelle, mais une morale pourtant paraît se dégager de l'ensemble des communications, c'est celle que nous avons signalée plus haut : l'insuffisance des règles opératoires actuelles devant certaines formes d'infection péritonéale.

Le rôle du chirurgien est évidemment difficile à fixer. La laparotomie médiane d'emblée est certainement inférieure à l'incision ilioinguinale dans les suppurations enkystées, elle ne permet pas d'éviter sûrement une diffusion opératoire de l'infection, elle ne permet pas d'atteindre, de vérifier et de réséquer aussi aisément l'appendice. Pourtant la laparotomie médiane ou sur le bord externe du muscle droit peut seule permettre de parer à une péritonite généralisée ou d'atteindre **un** abcès lointain de la fosse iliaque. Il semble

donc de prime-abord que le choix soit facile et qu'on puisse dire abcès enkysté : incision ilioinguinale — péritonite généralisée : laparotomie.

Mais la connaissance de la péritonite enkystée à foyers multiples vient jeter la confusion dans cette harmonie ; quand elle se présente, on observe généralement un foyer iliaque qui paraît enkysté, et pourtant l'incision ilioinguinale est insuffisante d'un côté, la laparotomie semble dangereuse de l'autre.

L'énigme pourtant est moins insoluble qu'elle ne paraît. Nous avons pour nous éclairer la connaissance des faits cliniques et de l'évolution morbide dans ce mode de péritonite, qui nous permet d'en faire le diagnostic : Nous savons que d'emblée l'état général est plus grave, les symptômes péritonéaux plus accusés, les signes de pseudo-étranglement presque constants. Cet ensemble de symptômes nous paraît suffisant pour nous empêcher de prendre comme guide la seule collection iliaque palpable et pour nous déterminer à rechercher par un chemin commode les autres abcès latents dont l'existence modifie la classique symptomatologie.

Quel sera donc ce chemin ? Pour le fixer, examinons le siège le plus fréquent des abcès à dis-

tance : nous les trouvons dans la région vésicale (Nélaton), dans le petit bassin (Monod), dans la fosse iliaque gauche (Monod), entre les anses intestinales aux environs de la collection principale (Terrier), en haut, enfin, à l'angle des colons ascendant et traverse, sous le diaphragme, (Jalaguier-Routier). Une seule incision permettra de les atteindre tous, la laparotomie médiane suffisamment étendue : en présence d'une péritonite enkystée à foyers multiples, c'est à elle que nous recourrons.

Malheureusement cette conclusion ne suffit pas, le ventre ouvert, que trouverons-nous et que ferons-nous ?

Parfois, d'emblée nous tomberons sur une collection bien limitée, nous l'évacuerons — puis, nous tournant vers la fosse iliaque nous viderons de même l'abcès péricœcal, la conduite sera toute simple. Souvent elle est plus compliquée, le ventre ouvert, la collection iliaque évacuée, nous avons tendance à nous arrêter devant la péritonite plastique qui la limite ; nous craignons de décoller les anses intestinales agglutinées et de diffuser l'infection dans le péritoine, et pourtant, l'étendue même de cette péritonite plastique est l'indice d'une contamination étendue de la séreuse, ses fausses membranes masquent un abcès profond,

devons-nous respecter cette barrière ou la rompre résolument ?

Sur ce point on discute indéfiniment ; chaque chirurgien défend sa conduite qui est plus souvent l'expression de son tempérament que celle de son raisonnement en l'absence de renseignements précis. Les uns font toujours une exploration minutieuse, ne ferment le ventre qu'après en avoir fouillé les recoins, tels sont : Tuffier et Routier, Soc. de chirurgie, 16 octobre 1895 ; les autres ne recherchent que le foyer principal et évitent de rompre toute adhérence, une fois ce but atteint (Quenu, Soc. de chirurgie, 16 octobre 1895). Personnellement, nous estimons, appuyés sur l'autorité de Nélaton (Soc. de chirurgie 16 octobre 1895), que ces deux manières d'agir peuvent se défendre dans d'autres circonstances, mais nous adoptons résolument la première, l'exploration attentive et complète quand existent les signes de forte présomption, sinon de certitude, d'une péritonite enkystée à foyers multiples.

Cette forme de péritonite étant l'expression d'une infection générale, nous ne concevons pas qu'on s'expose à infecter la séreuse en évacuant les collections qu'elle contient, par la rupture des adhérences qui les limitent. Encore qu'on s'y exposât, la conduite que nous venons d'indiquer

est la seule logique, puisqu'elle peut donner l'espoir d'une guérison, qui, autrement, est impossible.

La péritonite enkystée s'affirme parfois, non seulement par des symptômes généraux, mais par les symptômes physiques de plusieurs collections dans l'observation de Mickulicz (voir page 34), qui, le premier a signalé cette forme de péritonite; il y avait une collection à droite, une collection à gauche, sensibles toutes deux à la palpation de l'abdomen, que ce chirurgien a évacué par deux incisions isolées au siège même des abcès. Une conduite semblable serait évidemment indiquée dans des cas analogues, mais elle ne nous paraît pas donner une certitude égale à la laparotomie qu'on n'a pas laissé échapper un foyer latent.

Enfin, dans les abcès péritonéaux à distance qui apparaissent tardivement, souvent 20 jours après l'intervention sur la fosse iliaque, il y a lieu de distinguer si ces abcès peuvent être exactement localisés, auquel cas, on les abordera directement, ou s'ils ne se manifestent que par de nouveaux symptômes péritonéaux, qui imposeront la laparotomie médiane résolument exploratrice seul procédé qui permette de tenter le salut du malade.

En résumé, en présence des signes d'une péritonite enkystée à foyers multiples, l'incision iléo-inguinale nous paraît à fois insuffisante et irrationnelle, le respect scrupuleux des adhérences péritonéales exagéré.

L'incision de choix est à nos yeux la laparotomie médiane qui permettra à la fois de soigner convenablement le foyer iliaque, si par suite d'une erreur, il existe seul, de nettoyer la cavité péritonéale si la péritonite est généralisée, d'évacuer enfin les divers foyers purulents si le diagnostic est exact.

La laparotomie devra être suivie d'une exploration consciencieuse du ventre, avec examen des sièges électifs signalés plus haut des abcès à distance et sans s'arrêter devant la rupture éventuelle des fausses membranes d'enkystement.

Chaque foyer sera soigneusement désinfecté et au besoin un lavage général du péritoine exécuté.

La laparotomie est également le traitement de choix d'un abcès à distance tardif se manifestant quelques jours après l'intervention classique sur l'appendice.

Si les abcès multiples, précoces ou tardifs peuvent être localisés, grâce à leurs signes physiques, on pourra préférer à la laparotomie, des

incisions multiples portant isolément sur chaque collection.

Abcès à distance de la paroi abdominale. — D'un pronostic beaucoup moins grave que ceux du péritoine, les abcès à distance de la paroi abdominale donnent lieu au point de vue du traitement à des considérations moins étendues et moins intéressantes.

Ils appellent directement l'intervention, réglant par leur situation et leur étendue, la direction et la dimension de l'incision curatrice.

A cette simple incision, à la désinfection de la poche, à une contr'ouverture déclive parfois, se bornent d'ailleurs le plus souvent les indications thérapeutiques qu'ils imposent. Par cette simple manière d'agir nous les voyons guérir rapidement sans trajet fistuleux, sans complication.

Ils se distinguent entièrement par cette tendance rapide à la guérison des abcès qui peuvent les simuler, comme nous l'avons vu, mais qui tiennent à un rapport anormal de l'appendice avec la paroi abdominale. Ces derniers, nettement différenciés le plus souvent par la nature fécaloïde de la suppuration, restent fistuleux après l'incision simple : leur rapport direct avec l'appendice, élément permanent de réinfection de la poche, en donne une claire raison. Pour la cure radicale de

ces suppurations la recherche et l'ablation de l'appendice s'impose de prime-abord ou plus tard (obs. XV et XVII). Elle nous semble le complément immédiat indiqué de l'opération, puisque nous sommes en mesure, grâce aux caractères que nous avons établis, de faire le diagnostic de cette catégorie d'abcès, après leur ouverture.

D'ailleurs, même lorsqu'il s'agit de suppurations à distance proprement dites, la question de l'ablation de l'appendice peut se poser : nous avons vu que Marchand (obs. V, p. 56), que Roux (obs. IV, p. 55), après l'incision d'un plegmon à distance, n'ont pas hésité à pousser plus loin l'intervention, à ouvrir le ventre et à rechercher l'appendice et leur conduite paraît avoir été légitimée par les lésions qu'ils ont découvertes : corps étranger (Marchand) plegmon périappendiculaire (Roux), d'autre part (obs. I, p. 51), Tuffier (obs. II et III, p. 53), Gallois se sont contentés d'évacuer la collection pariétale sans ouvrir le péritoine.

Entre ces deux partis pour lequel devons-nous opter ? La détermination nous semble moins difficile à prendre qu'elle ne paraît : dans les cas de Marchand et de Roux, les troubles appendiculaires duraient depuis longtemps, persistaient au moment de l'opération, commandaient l'abcès pariétal d'une façon trop directe pour ne pas attirer vers l'intestin la

main de l'opérateur. Au contraire, dans les cas de Gallois, de Tuftier, l'orage appendiculaire était calmé depuis plusieurs jours, le plegmon de la paroi occupait seul le premier plan, déterminait toute la symptomatologie : l'indication opératoire semblait complètement remplie par l'incision simple. D'ailleurs n'y avait-il pas un danger trop clair à ouvrir le péritoine silencieux à côté d'un foyer purulent ou à travers lui ?

La simple comparaison de ces deux séries de faits nous induit donc à penser qu'en présence d'un abcès à distance de la paroi, il ne faut rechercher l'appendice que s'il cause des troubles actuels. En tout état de cause, nous estimons en outre qu'il serait convenable de faire de ce deuxième temps opératoire, un temps séparé en raison des mauvaises conditions d'asepsie où l'on se trouve pour ouvrir le péritoine après l'évacuation d'un foyer purulent.

Nous pourrions résumer ce qui concerne la thérapeutique opératoire des abcès de paroi abdominale d'origine appendiculaire dans les règles suivantes :

Incision simple de la collection, si l'abcès ne contient pas de débris fécaloïdes, ne présente pas de diverticule péritonéal et ne s'accompagne pas de troubles appendiculaires actuels.

Incision simple, puis, plus tard, dans un deuxième temps, recherche et ablation de l'appendice si, avec l'abcès pariétal indépendant, existent des phénomènes péritonéaux.

Incision suivie de recherche et de résection immédiate de l'appendice, si le contenu fécaloïde de la collection montre que cet organe est en rapport avec la poche purulente.

Abcès du foie. — L'origine appendiculaire d'un abcès hépatique n'implique aucune modification dans l'intervention qu'il appelle. Dès que l'existence et le siège de cet abcès pourront être précisés, on l'évacuera selon les règles classiques.

Toutefois, comme nous avons des présomptions pour croire que le pus de ces collections hépatiques est virulent, il nous semble qu'il sera prudent de fixer le foie par quelques points de suture au pourtour de l'incision de la paroi avant d'ouvrir la poche.

On effectuera ainsi une marsupialisation avant la lettre qui protégera la séreuse contre toute effusion de liquide suspect.

Pleurésies purulentes. — Nous n'avons aucune particularité à noter au sujet de l'intervention dans les empyèmes d'origine appendiculaire.

L'incision de la plèvre s'impose d'urgence, soit

au lieu d'élection, soit au siège d'un empyème de nécessité.

La persistance des troubles appendiculaires pourra commander là, comme dans les autres catégories de suppurations à distance, l'ablation de l'appendice plus ou moins longtemps après l'ouverture du thorax.

En ce qui concerne toutes les autres variétés d'abcès lointains, en raison des phénomènes graves qui les accompagnent, le chirurgien doit se borner à inciser ceux qui viennent s'offrir d'eux-mêmes à son instrument : telles sont les parotidites, tels seraient des abcès superficiels multiples, une arthrite purulente.

Nous ne chercherons pas à résumer dans une vue synthétique les diverses éventualités que nous avons successivement considérées ; chaque espèce de faits comporte sa morale particulière.

Mais chaque fois qu'il s'agit de suppurations d'origine appendiculaire, une question générale se pose : doit-on supprimer à tout prix ou négliger l'appendice, cause du mal ?

Logiquement, en raisonnant sans tenir compte des faits, il n'y aurait pas à hésiter, la résection de l'appendice serait le complément indiqué de toute intervention, nous répondrons en tout points par sa réalisation constante à l'idéal que nous

nous sommes proposé au début de ce chapitre.

Malheureusement la recherche de l'appendice est souvent délicate, son isolement difficile, quand il est serti de fausses membranes éparses, on s'expose en voulant le réséquer à tout prix à augmenter singulièrement la gravité de l'intervention nécessaire quelle qu'elle soit. Aussi nous semble-t-il que sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il faut transiger, ne se décider qu'après avoir mis en parallèle le bénéfice de l'ablation avec sa gravité.

Considérant les choses à ce point de vue, nous pourrions dire que l'indication de la résection est tantôt absolue, tantôt relative. En ce qui concerne spécialement notre sujet : les suppurations à distance, cette indication ne nous paraît absolue qu'en trois circonstances :

1° Quand une appendicite perforante a créé une péritonite enkystée à foyers multiples.

2° Quand l'appendice enflammé menace de devenir l'origine d'une septicémie générale.

3° Quand l'appendicite entretient et renouvelle dans son voisinage des foyers à distance.

Dans tous les autres cas la résection de l'appendice est moins urgente : certains abcès à distance de la paroi abdominale, tels les deux faits de Gallois, (Obs. II et III page 53), paraissent même

agir à la manière d'abcès de fixation sur la lésion appendiculaire, dérivant à leur profit tout le processus infectieux, si bien qu'une intervention intestinale semble un luxe au moins inutile.

Toutefois, la connaissance des accidents à distance parfois mortels, dont l'appendice peut devenir l'origine, jointe à ce que nous savons de la gravité des phénomènes purement locaux, nous incline à penser qu'il vaut mieux en présence d'une première crise de typhlite, recourir d'une façon précoce à la résection de l'appendice, dont le danger est minime lorsqu'elle est faite à froid, entre deux crises.

Rien en elle ne nous permet de présumer quelles seront les complications ultérieures; estimant pour cause, le danger qu'elles peuvent créer, il est préférable à nos yeux de les étouffer dans l'œuf.

De plus, comme l'expose parfaitement Gérard Marchand, (Société de chirurgie, 24 juillet 1895), l'ablation précoce de l'appendice menaçant est aisée; elle peut devenir d'une difficulté extrême, au contraire quand de nouvelles poussées inflammatoires auront enfermé l'organe dans une coque d'adhérences ou l'auront fixé dans des positions anormales.

En terminant ce chapitre, nous sommes pris d'un scrupule, celui d'avoir, sans expérience per-

sonnelle, tiré d'une façon trop absolue, les conséquences théoriques de faits schématisés pour le besoin de l'étude.

En matière chirurgicale, rien n'est absolu ; les règles précises ne sont que l'expression moyenne de cas dissemblables qui s'offrent à des habitudes et à des tempéraments chirurgicaux différents.

Seule l'expérience accumulée des opérations vient lentement confirmer ou modifier en les simplifiant les procédés opératoires. Elle est le suprême et légitime arbitre des conceptions spéculatives qui sollicitent et appuient les premières tentatives dans une voie nouvelle.

Ce que nous venons de dire, ne demeure donc, à nos yeux que comme la preuve que tout n'est pas fait dans le traitement des appendicites.

Après avoir essayé d'indiquer ce qu'il faut faire, nous ne pouvons nous défendre de formuler un souhait.

L'intervention de la chirurgie dans la thérapeutique de l'appendicite a sauvé beaucoup de vies humaines ; puissions-nous, après avoir tenté d'élargir et de préciser les indications opératoires dans certaines formes de cette maladie, contribuer pour notre faible part à en sauver un plus grand nombre.

CONCLUSIONS

L'ensemble des faits que nous avons étudiés dans le cours de ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° On observe des abcès à distance dans le cours de l'appendicite ;

2° Ces abcès sont de sièges variés ; on les trouve :

Dans le tissu cellulaire iliaque ;

Dans la cavité péritonéale ;

Dans la paroi abdominale antérieure ;

Dans le foie ;

Dans la plèvre ;

Dans le poumon ;

Dans divers organes plus éloignés : cerveau, parotide, rein, rate.

3° Ces abcès se caractérisent par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguité même lointaine avec l'appendice et se différencient de cette façon des abcès périappendiculaires de siège anormal, dus à une situation vicieuse de l'appendice.

4° Ces abcès sont l'expression d'une infection appendiculaire diffusée soit par l'intermédiaire d'une contamination péritonéale, soit par le canal des organes

vasculaires de l'appendice, grâce à leurs connexions physiologiques ou pathologiques.

5° Ils présentent dans leurs variétés toutes les transitions contre le processus inflammatoire local et la septicémie généralisée. Ils nous permettent de concevoir un nouveau chapitre à ajouter à la grande classe des auto-infections d'origine interne.

6° Ces abcès sont rares. De leur connaissance résultent pourtant quelques indications opératoires plus précises dans le traitement chirurgical de l'appendicite.

BIBLIOGRAPHIE

- Bulletin de la Soc. de Chirurgie, Années 1887 à 1896.
Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, Années
1887 à 1896.
Archives générales de Médecine, Années 1887 à 1895.
Talamon. — Appendicite et pérityphlite, 1890.
Jalaguier. — Traité de Chirurgie. Articles : Appendicite,
Phlegmons de la paroi abdominale.
Netter. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1882.
Tuffier. — Clinique de l'Hôpital Beaujon (Semaine
médicale), Décembre 1894.
Roux. — Revue de la Suisse Romande, 1890.
Pauzat. — Gazette médicale de Paris, 1880.
Heurtaux. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1877.
De Klecki. — Annales de l'Institut Pasteur, 1885.
THÈSES : Bouilly (Agrégation de Paris, 1880).
Labuze (Paris, 1871).
Vaussy (Paris, 1875).
Poisson (Paris, 1877).
Castaneda y Campos (Paris, 1878).
Gérardin (Paris, 1879).
Gendron (Paris, 1883).
Villiers (Nancy, 1885).

Pravaz (Lyon, 1888).

Maurin (Paris, 1890).

Beynes (Paris, 1890).

Margery (Lyon, 1892).

Jacob (Paris, 1893).

Grandsire (1895).

Berthelin (Paris, 1895).

ANATOMIE: Tuffier. Etude du cœcum et de ses hernies.

(Archives de Médecine, 1887.)

Jonnesco. Progrès médical, 1894.

Clado. Société de Biologie, 1892.

Poirier. Anatomie.



Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUD

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

